Noma nach alimentärer Schädigung.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

KARL WEIL

Ass.-Arzt d. R., 1. Ers.-Bat. Inf.-Regt. 168.

aus

EICH.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

STRASSBURG i. E.

Els.-Lothr. Druckerei u. Lithogr.-Anstalt G. m. b. H., Dreizehnergraben 45.

1916.

Gedruckt mit der am 17. 2. 16. erteilten Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg i. Els.

Referent: Prof. Dr. Salge.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548024_0022

Noma — Stomatitis gangraenosa, Wasserkrebs, Gangraena oris etc. — (unter diesem Namen Noma versteht man im allgemeinen nur den Mundbrand) jene erschreckende Krankheit der Kinder, ist vielleicht schon Hippokrates und seiner Schule bekannt gewesen. Wir lesen in den Schriften dieses großen griechischen Arztes die Ausdrücke νομαί, νομας, νομη angewandt auf faulende, um sich fressende Geschwüre im allgemeinen. Sicher hat Celsus Noma gekannt. Das 15. Kapitel 6. Buch seines Werkes handelt «de cancro oris». Auch aus Galens Werken geht die Kenntnis dieser Krankheit hervor.

Im 16. Jahrhundert hat der Holländer Battus uns diese Krankheit genau kennen gelehrt, und nach diesem war es Van de Voorde, der den Namen Noma oder Waterkanker aufbrachte.

Im vorigen Jahrhundert gibt uns Richter (1) in seinem Werke eine ausführliche Monographie dieser Krankheit, die in jeder Hinsicht der damaligen Kenntnis darüber gerecht wird.

Seit dieser Zeit ist die Literatur über Noma sehr angewachsen, ohne daß wir in der Erkenntnis des Wesens und in der Behandlung derselben besondere Fortschritte gemacht hätten, wie sie notwendig wären, um den bedauernswerten Individuen, die von dieser Krankheit betroffen werden (denn nach der Statistik von Tourdes (2) sterben 73% aller Kinder, die von Noma befallen werden), Hilfe bringen zu können.

Der Wasserkrebs ist fast ausschließlich eine Krankheit des Kindesalters. Es fehlt zwar nicht an Beispielen, wo ältere Individuen von Noma befallen wurden, doch muß sie trotzdem als eine Krankheit der Kinder und zwar meistens des 2.—12. Lebensjahres (3) betrachtet werden.

Fälle, wo ältere Individuen von Noma befallen wurden sind ziemlich zahlreich mitgeteilt worden und zwar von Tourdes (2) (Mann von 70 Jahren), Rust (4) (Frau von 63 Jahren), Dr. Aegidi (5) (24jähriges Mädchen), Isnard (6) (Näherin von 38 Jahren), Koster (7) (Frau von 44 Jahren), Bartels (8) (Frau von 40 Jahren), Moos (9) (Mann von 28 Jahren), von Hausson (10) (Mann von 55 Jahren) und von vielen anderen. Im Krimkriege hatte ein englischer Arzt, Dr. Glynn (11), Gelegenheit, Noma häufig bei Soldaten zu beobachten, ebenso Montgarny (12) bei dem französischen Armeekorps in Madrid und Toledo im Jahre 1810.

Über die ätiologischen Momente, die Noma hervorrufen, ist schon viel diskutiert worden. Im allgemeinen werden die Kinder nicht unvorbereitet von dem Übel betroffen, sondern schwächende Einflüsse haben vorher ihre verheerende Eindrücke dem Körper des Kindes hinterlassen. Trotzdem sind auch schon kräftige und in gutem Ernährungszustand befindliche Individuen von der Krankheit ergriffen worden. So möchte ich den oben von mir angeführten Fall erwähnen, der von Dr. Hausson (10) im Zentralblatt für Chirurgie mitgeteilt wurde. Es betrifft dieser Fall einen vorher gesunden und kräftigen Mann, der im Anschluß an eine Stomatitis an Noma erkrankte. Brüning (13) sagt diesbezüglich: «Im übrigen befanden sich sämt-

liche Kinder bei der Aufnahme in einem ziemlich guten Entwicklungszustand und nur bei dem dritten Fall wurde angegeben, daß das Kind stets kränklich gewesen sei. Es kann also die Ansicht von Rankes, daß nur arme, schlecht genährte und in ungünstigen Verhältnissen lebende Kinder von Noma befallen werden, nur mit Einschränkung zu Recht bestehen, wie dies auch von Hildebrandt, Liebert, Rosenbach betont worden ist.»

Auch Struch (14) veröffentlicht einen Fall, wo Noma bei einem 30jährigen vorher ganz gesunden Schuhmachergesell auftrat und ebenso finde ich in den Verhandlungen der Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden (15) 1903 einen Fall, der einen 23jährigen Landwirtssohn betrifft, bei dem Noma primär entstanden war. Dr. Alex Keiler (16) berichtet über einen Fall, wo ein 8 Jahre altes kräftiges Mädchen nach Bronchitis Noma bekam. Ähnliches Bouley und Caillault (17).

Im allgemeinen darf man jedoch sagen, daß solche Fälle Ausnahmen darstellen, die die Regel nur bestätigen, nach der Noma nur geschwächte Kinder trifft. Diese Ansicht wird von allen Autoren vertreten. So schreibt Bohn (18): «Der Wangenbrand ist stets das Ergebnis einer Anzahl innerer und äußerer Faktoren, welche kurze oder längere Zeit die Konstitution erschüttert, geschwächt, untergraben und abnorme Zustände in der Vegetation hervorgerufen haben. Die Mehrzahl der von Noma Befallenen sind in ihrer normalen Ernährung und Entwicklung behinderte, oder durch andauernde schädliche Einflüsse der mannigfachsten Art herunter gekommene Kinder, oft die Träger einer ausgesprochenen Dyskrasie, der Skrophu-

lose und Tuberkulose, seltener der Rachitis, deren schlimmste Periode gewöhnlich schon vorüber ist.»

Wenn nun durch solche Zufälle vorbereitet, die Widerstandsfähigkeit des Organismus geschwächt ist, kann fast jede akute oder chronische Krankheit den Ausbruch der Noma verursachen.

In dieser Hinsicht sind es vor allem die akuten Exantheme, denen beim Zustandekommen der Noma Bedeutung beigelegt werden muß. Sei es nun, daß das Virus, das bei der Entstehung der akuten Exantheme eine Rolle spielt, einen guten Boden für die Noma schafft, sei es, daß andere Faktoren dabei im Spiele sind. Soviel ist sicher, daß ihnen ein bedeutender Einfluß zukommt. Und vor allem stehen hier die Masern obenan. Zur Festlegung dieser Tatsachen möchte ich einige Statistiken anführen:

Statistik:

	Tourdes	Woronichin
Masern	39	8
Scharlach	5	4
Enterocolitis chron. u. Pneumonie	—	2
Variola	3	—
Typhus	1	2
Pertussis u. Pneumonie	—	3
Coqueluche	6	—
Enterocolitis	—	1
Pleuropneumonie	—	1
Stomatitis ulcerosa	—	1
Pneumonie	2	3

Tuberkulose	3	—	dabei 1 Fall, wo kurze Zeit vorher Masern überstanden war.
Enteritis	5	2	
Colitis	—	1	
Dysenterie	2	—	
Diphtherie	1	1	
Paludisme	8	—	
Ecthyma cachect.	—	1	
Scrophulose	4	—	
Inanitio	—	1	
Scorbut	2	—	
Syphilis	2	—	

Nach Barthez und Rilliet (20) entstehen 40% aller Nomafälle nach Masern. Schon J. Hutham (21), ein Arzt in Plymouth, sah Noma nach Masern folgen und machte auf diese Komplikation der Masern aufmerksam. Dr. Aegidi (5) hatte im Jahre 1828 achtzehn Patienten an Noma, die nach Masern aufgetreten war, zu behandeln. Ähnliches berichtet Dr. Böckel (20) aus Straßburg im Jahre 1832 und Wendt (22) in Erlangen 1773. Ranke (23) konnte nach Masernepidemien von gehäuft aufgetretenen Nomafällen berichten und zwar in München, wo er jahrelang keine Noma beobachtet hatte. Blumer und Mac Farlane (24) ebenso Harold Neuhof (25) sprechen von einer «Epidemic of Noma» nach Masern, die sie Gelegenheit hatten zu beobachten.

Nach anderen Autoren wie Monti (26), Girke (27) u. a. entsteht Noma fast ausschließlich nach vorausgegangener Stomatitis ulcerosa. Daß dieser eine gewichtige Bedeutung bei der Entstehung des Wasserkrebses zukommt, soll nicht geleugnet werden, da es leicht begreiflich ist, daß auf einer durch eine Stoma-

titis ulcerosa vorbereiteten Schleimhaut, Mikroben viel besser ihre Tätigkeit entfalten können, als wenn die Schleimhaut intakt ist. Es dürfte jedoch zu weit gegangen sein, wenn, wie M o n t i schreibt, «die meisten Fälle dieser Erkrankung ihre Entstehung der Stomatitis ulcerosa verdanken». Er stützt sich dabei besonders auf seine eigenen Beobachtungen und die von G i e r k e, der bei 12 Fällen 7 mal die Noma nach Stomatitis ulcerosa auftreten sah. Ich möchte auf die oben angeführten Statistiken und Tatsachen hinweisen, die den akuten Exanthemen und besonders den Masern die Hauptschuld bei der Entwicklung der Noma beimessen. Außerdem seien die Beobachtungen von B i e r e n s und H a a n (28) angeführt, der während des südafrikanischen Krieges 1900 eine ausgedehnte Stomacacepidemie beobachten konnte. Trotzdem die hygienischen Verhältnisse, wie es ja ein Krieg mit sich bringt, sehr schlechte waren, konnte er kein einziges Mal Noma im Gefolge der Stomatitis ulcerosa beobachten.

Das in dieser Arbeit zu behandelnde Auftreten der Noma nach alimentärer Schädigung dürfte zu den seltensten gehören. Es ist daher nicht uninteressant einige Fälle zusammengestellt vor sich zu haben. Die Fälle dieser Art sind in der Literatur sehr zerstreut, und eigentümlicher Weise hat man in den älteren Werken mehr Gelegenheit, diese Entstehungsart zu beobachten, wie überhaupt Noma früher öfters vorgekommen zu sein scheint. Dies wird wohl hauptsächlich mit den schlechteren hygienischen Verhältnissen, sowohl der einzelnen Familien als überhaupt des ganzen Staates zusammenhängen. Denn es wird niemand behaupten wollen, daß Noma bei Individuen, die in ge-

ordneten hygienischen Zustände leben, und die vorher gesund waren, auftritt, von geringen Ausnahmen natürlich, die kaum eine Bedeutung haben, abgesehen.

Die älteren Autoren legen beim Zustandekommen der Noma überhaupt vielmehr Gewicht auf die schlechte Ernährung und die davon abhängigen Störungen, als dies heute geschieht. Martin der Ältere (29) konnte im Winter 1796 Noma unter den Kindern des Hospice beobachten, und er gibt als Ursache schlechte Ernährung an. Marshall Hall (30) konnte berichten, daß der Noma Fieber, Störungen in der Verdauung, Pocken, Röteln und Scharlach vorausgingen. Auch Th. Cuming (31) sah nach Störungen der Verdauung Noma im Gefolge. Dr. Halsbach (32) beobachtete Fälle, die, wie er schreibt, gastrisch-nervösen Charakters waren und von so rapidem Verlauf, daß zu komplizierten Heilversuchen keine Zeit blieb. Ja Richter (33) teilt in seinem Werke über Noma diese sogar nach ihrer Entstehungsart ein in den scorbutischen gastrischen und metastischen Wasserkrebs. In Bezug auf die gastrische Form der Noma sagt Richter: «Es gehört diese Spezies wohl zu den selteneren, jedoch mag mancher der bekannt gemachten Krankheitsfällen, welche wegen der Teilnahme des Zahnfleisches eine scorbutische Ursache untergeschoben wurde, den gastrischen Charakter an sich getragen haben. Die Vorboten dieser Form des Wasserkrebses sind gastrische Symptome verschiedener Art. Der Appetit verliert sich, kann aber auch vermehrt werden und in diesem Grade bis zum Tode andauern. Die Zunge ist belegt; in selteneren Fällen sind Aphthen vorhanden, Übelkeit, Neigung zum Erbrechen, wirkliches Erbrechen, Diarrhoe, Stuhlverstopfung usw.

sind oft jetzt die Begleiter dieser Zufälle.» Bei diesen Erscheinungen ist es nicht zu verwundern, wenn in einigen Tagen dann der Kräftezustand der Kinder sehr darniederliegt. Die Krankheit nimmt dann meist so ihren Ausgang, daß die Symptome vom Magen her zunehmen und die Kinder schließlich, obwohl sie noch verhältnismäßig lange das Bewußtsein besitzen, in einem komatösen Zustand ad Exitum kommen.

In neuerer Zeit scheint H e n o c h über diese Entstehungsart der Noma größere Erfahrungen gehabt zu haben. Er spricht von einer «Cachexia pauperum», die Noma nach sich zieht, welcher Ausdruck in den meisten Lehrbücher angeführt wird, und er versteht darunter die durch schlechte Ernährung und dergleichen hervorgerufenen Störungen armer Leute. H e n o c h schreibt: «Unter den ätiologischen Momenten der Noma spielt die durch armselige Verhältnisse, schlechte Nahrung, Unreinlichkeit, ungesunde feuchte Wohnungen erworbene Cachexia pauperum eine Hauptrolle. Unter diesen Umständen sah ich entweder spontan oder häufiger nach vorausgegangener Bronchitis Noma zustandekommen.»

Ich komme nun zur Niederschrift der Fälle, die ich aus der mir zu Gebote stehenden Literatur sammeln konnte. Der erste Fall gelangte im Sommer 1913 in der Straßburger Universitäts-Kinderklinik zur Beobachtung. Von allen Fällen besitzen sicher die Fälle 1, 2, 3, 4 und ev. 9 das meiste Interesse, weil sie zeigen, daß trotz der größten Reinlichkeit, die in unseren heutigen Kliniken herrscht, Noma als Komplikation bei gastrischen Störungen vorkommen kann, und man deshalb gut tut, bei diesen Erkrankungen auch auf den Mund besonders zu achten, zumal Noma, wie oben

schon erwähnt, eine folgenschwere Erscheinung darstellen kann. Die übrigen Fälle stammen teils aus älterer Zeit, teils aus Länder, die noch nicht dieses entwickelte Krankenhauswesen besitzen, wie wir es besitzen.

I.

H. E., Tochter eines Maurers, geb. 29. Dezember 1912, aus Straßburg, war rechtzeitig geboren. Bekam drei Wochen Brust, dann ½ Milch und Reismehl und 1 Stück Zucker und zwar während des Tages 5mal, nachts 2mal.

Am 14. Mai wurde das Kind in der Universitäts-Poliklinik für kranke Kinder wegen Brechdurchfall, der 3 Tage vorher eingesetzt hatte, behandelt. Es ist ein blasses und mageres Kind, hat eine Nabelhernie. Am Anus wund. Für sein Alter ist das Kind bedeutend an Gewicht zurück. Es wiegt 4470 g. Es bekommt Tee, ein Nabelpflaster und Lenigallol.

Am 15. Mai ist deutliche Besserung, Gewicht 4400 g; Behandlung: Lenigallol-Zinkpaste.

Am 5. Juni wird das Kind wieder gebracht, weil es seit dem vorhergehenden Tage nichts mehr zu sich nimmt. Die Eltern gaben ihm die letzten drei Wochen Milch mit Grieß. Es hat an Gewicht abgenommen seit der letzten Behandlung. Es wiegt jetzt 3740 g. Angeblich war kein Durchfall und kein Erbrechen mehr vorhanden. Es wird nun in die Klinik aufgenommen. Das Kind ist immer noch mager und elend, schmutzig gehalten. Turgor ist schlecht. Langsamer Lidschlag, Pupillendifferenz, leerer Blick. Lunge und Herz bieten keine Besonderheiten. Die Atemfrequenz ist gesteigert. Die Zunge ist stark belegt. Der Leib ist nicht druckempfindlich. Das Epigastrium ist eingesunken, die Aortenpulsation ist leicht zu fühlen. Die Fontanellen sind nicht entsprechend dem schlechten Ernährungszustand eingesunken. Temperatur bei der Aufnahme 37,4, abends 38,1. Das Kind bekommt 75 g Ringer'sche Lösung als Klysma, 300 g Tee. Später noch einmal

130 g Ringer'sche Lösung. 15 g Frauenmilch. Es hat 2 Stühle. Am 6. Juni ist die Temperatur morgens 38,5, sinkt während des Tages auf 38, um am Abend auf 39,3 zu steigen. Gewicht hat zugenommen (3820 g). Es bekommt wieder Tee 400 g, 210 g Ringer'sche Lösung, 75 g Frauenmilch und dann noch einmal 45 g. 5 Stühle. Es läßt sich für die Temperaturerhöhung keine sichere Ursache nachweisen.

7. Juni: An der Innenseite der Unterlippe ist ein kleiner gelber Punkt zu sehen. Ausspülungen mit übermangansaurem Kali. Gewicht 3990 g. Temperatur morgens 37,1, steigt während des Tages auf 39,4, sinkt mit einer Zacke bis zum Abend auf 38,5. 295 g Ringer'sche Lösung, 195 g Tee, 155 g Frauenmilch, 6 Stühle.

8. Juni: Temp. morgens 38,5, abends 38,8. Gewicht 4080 g. 150 g Ringer'sche Lösung, 100 g Tee, 190 g Frauenmilch, 2 Stühle.

9. Juni: Temp. morgens 38,8, abends 38,6. Die Halsdrüsen sind deutlich geschwollen. Am Hinterkopf ist starkes Oedem vorhanden. Ebenso an den Beinen. Das Oedem ist aber hier nicht so stark. Von beiden Mundwinkeln nach dem Kinn zu zeigt sich eine bläulich schmutzige Verfärbung der Haut. An Armen und Beinen treten rötlich-bläuliche Flecken auf, die sich nicht wegdrücken lassen. Im Munde zeigt sich brandiger Zerfall der Lippenschleimhaut und des Zahnfleisches. Die Nekrose ist ziemlich tiefgreifend. Zunehmende blaue Verfärbung. Gewicht 4110 g. 230 g Frauenmilch, kein Stuhl.

10. Juni: Temp. morgens 39,2. Tod des Kindes.

Die Sektion wurde im Straßburger pathologischen Institut von Prof. Dr. Chiari am 10. Juni ausgeführt.

Pathol.-anatomische Diagnose: Catarrhus gastro-intestinalis, Steatosis hepatis, Noma fâciei, Rachitis florida.

Sektionsprotokoll: Der Körper dem Alter entsprechend entwickelt, ziemlich mager. Die Haut allenthalben mit bis ½ cm^2 großen bläulichen Flecken versehen. Die Haut unter den beiden Mundwinkeln und noch nach außen hin gerötet, geschwollen und in schwarzbrauner Nekrose begriffen. Über die rechte Hälfte der Unterlippe setzt sich die Nekrose der Haut fort auf die Gingiva, die vor dem ganzen mittleren

Drittel des Unterkiefers pulpös zerfallen erscheint. Die Rötung beiderseits ist in die Regio parotidea und in die Unterkinngegend bis in die Mitte des Halses zu verfolgen.

Weiche Schädeldecken, blaß. Der Schädel dadurch auffällig, daß an der Außenfläche der Deckknochen eine bis 1 mm dicke Auflagerung blutreichen Osteophyten sich findet. Der Schädel 38½ cm im Horizontalumfang. Die große Fontanelle 4 cm weit offen. Meningen und Gehirn blaß, das Zwerchfell rechts an der 4., links an der 5. Rippe. Die Lungen blaß, lufthaltig. Das Herz und die großen Gefäße gewöhnlich beschaffen. Die Leber leicht steatotisch. Die Magenschleimhaut gerötet und etwas dicker. In der Höhle des Magens wäßrig-schleimiger Inhalt mit Caseinflocken. Im Dünndarme dunkelgrüne schleimige Massen. Im Dickdarm grünlich-gelbbreiiger Kot. Im Dünndarm die Peyer'schen Plaques und zwar im Ileum gerötet geschwollen. Sonst die Darmschleimhaut blaß. Die mesenterialen Lymphdrüsen bis 1 cm^3 groß. An den Knochenknorpelgrenzen der Rippen und an den Kniegelenksenden deutliche Rachitis.

Bakteriologische Untersuchung: Saft der Noma (Deckglaspräparat): Viele Gram +, kurze Streptokokken, wenige Gram + Diplokokken (lanzettförmig), wenige Gram — schlanke Stäbchen.

Kulturell: Reichliche Gram + plumpe Staphylokokken, einzelne Gram — dünne Stäbchen, zierliche Gram + Diplokokken.

Mikroskopische Organuntersuchung.

Nach Härtung wurden mikroskopische Schnitte ausgeführt von Leber, Milz, Nieren und der Knorpelknochengrenze einer Rippe. An der Leber fand sich starke Steatose und geringe Infiltration des interlobulären Bindegewebes mit polymorphkernigen Leukocyten. Die Milz bot das Bild der Hyperämie. Ihre Malpighi'schen Körperchen waren nicht vergrößert. In den Nieren fanden sich spärliche hyaline Cylinder in den Tubuli contorti et rectilinei. Das Epithel war dabei gut erhalten. Die Knorpelknochengrenze der Rippe zeigte typische rachitische Veränderungen. Bakterien wurden in den Schnitten nicht gefunden.

II.

Anna V., 20 Jahre alt, Hausmädchen, wurde am 11. Juni 1902 in Hospital Saint-Antoine, Saal Nélaton Nr. 1, aufgenommen.

Ihr Vater und ihre Mutter sind gesund, ebenso ihre beiden Brüder und ihre Schwester. Mit 8 Jahren hatte sie Masern, sonst glaubt sie keine ernstliche Erkrankung gehabt zu haben. 15 Tage vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus hatte sie über Müdigkeit, Steifheit der Glieder und häufige Kopfschmerzen zu klagen. Sie verließ die Wohnung ihrer Herrschaft und zog sich in ein Zimmer eines Gasthauses zurück, wo sie auf eine elende Art lebte; niemand war ihr behilflich.

Hier verspürte sie am 5. Juni einen lebhaften Schmerz an der Innenfläche der Wangen. Am nächsten Tag ist der Schmerz im ganzen Mund verbreitet und erschwert die Nahrungsaufnahme; sie hat sehr reichlichen Speichelfluß und es fließt aus ihrem Munde eine rötliche Flüssigkeit. Am 10. Juni Diarrhoe. Ein zugezogener Arzt schickt sie ins Hospital Saint-Louis, wo man sie am nächsten Tage hinbrachte. Hier erklärte man ihr, daß man sie nicht aufnehmen könnte und schickte sie nach Saint-Antoine.

Am 12. Juni konstatieren wir bei der Kranken ein bleiches ödematöses Gesicht. Die Wangen sind aufgetrieben, die Haut gespannt und glänzend. Der Mund ist kaum zu öffnen, gerade genügend, um eine rötliche, eitrige, stinkende Flüssigkeit herausfließen zu lassen, die das Kopfkissen benetzt.

Was uns ganz besonders auffällt ist der abscheulich stinkende Atem. Es ist das nicht bloß Fäulnis und Brandgeruch; es riecht wie nach Leichen, ganz genau als ob man sich in einem Sektionssaal befände.

Man muß den Mund untersuchen, was nicht leicht ist. Die Kranke hat Schmerzen, sie wehrt sich und beißt die Zähne aufeinander.

Man kann jedoch wahrnehmen, daß die ganze Innenfläche der linken Wange in ihrer ganzen Ausdehnung von einem dichten Schorf eingenommen wird, von gräulicher Farbe, ziemlich weich, der sich aber nicht mit Reiben, das man mit Hilfe eines Wattetampons, den man mit einer Pinzette faßte, ausführte, wegbringen ließ.

Auf der Innenfläche der rechten Wange gibt es auch einen Schorf, genau so dicht haftend, aber weniger ausgedehnt, der nicht ganz die Kommissur der Lippe erreicht. Er ist oben und unten von einer nicht ulcerierten Schleimhaut umsäumt.

Ulcerationen gibt es an der Innenfläche der Lippen und am Zahnfleisch.

Die Zunge ist geschwollen und mit einem dichten nicht ulcerierten Belag bedeckt.

Den Rachen zu untersuchen ist ganz unmöglich. Die Kiefersperre ist zu stark. Die Unterkieferdrüsen sind nicht geschwollen.

Die Kranke ist sehr schwach, entkräftet und niedergeschlagen. Ihre Stimme ist schwach.

Kein Fieber. Temp. 37,4 diesen Morgen. Abend vorher 37.6. P. 98.

Lunge und Herz keine Besonderheiten. Der Leib etwas gespannt und schmerzhaft. Keine ausgesprochene Diarrhoe, Stuhl aber sehr stinkend. Keine Milzschwellung. Der Urin ist spärlich und konzentriert, enthält kein Eiweiß.

Die Diagnose ist leicht. Es kommt kein Scorbut, keine mercur. Stomatitis, keine ulceröse Stomatitis und keine Diphtherie in Frage. Wir haben eine Noma vor uns, eine Gangrän des Mundes. — Was ist die Ursache? Es ist keine infektiöse Erkrankung vorausgegangen, nichts anderes konnte sie hervorrufen als Überanstrengung und der hygienische Fehler.

Die Prognose ist sehr zweifelhaft. Es bedarf einer ganz energischen Behandlung. Obwohl uns die Kranke bittet, sie in Ruhe sterben zu lassen, entschließen wir uns zur Kauterisation. Nach dem Waschen mit 1% Carbol und Bepinseln der Mundhöhle mit 2% Cocain bringen wir den Thermocautor auf den Grund und die Peripherie des Schorfes. Dieses ruft einen so lebhaften Schmerz hervor, daß man sofort eine subcutane Morphiuminjektion machen muß.

Man verordnet: Spülung des Mundes mit Borwasser, Bepinseln mit 1% Carbol, subkutane Injektion von 250 g physiol. Kochsalzlösung, Milch, Toddy, Tee mit Rum, Champagner, subcutane Coffeininjektion. Am Abend 38°, P. 100. Schlechte Nacht; Angst, Unruhe.

Am 13. Juni 37,4. Dieselbe Hinfälligkeit, wie am Abend vorher, dieselbe reichliche, schmutzig stinkende Speichelabsonderung, Gesichtsoedem dauert an. Das Aussehen der Schorfe hat sich in nichts geändert durch die Kauterisation. Die Schleimhaut blutet leicht beim Bepinseln.

Der Durchfall hat aufgehört. Die Kranke hustet; man kann bronchitische Geräusche feststellen.

Leichte Metrorhagie. Kleine linke subconjunktivale Ecchymosen. Die Kranke klagt über einen Schmerz in der linken Schulter; die Armbewegungen sind erschwert. Für die Mundspülungen benutzt man statt Borwasser 10% Wasserstoffsuperoxyd. Dreimal täglich Bepinselungen mit Carbol, Coffëin, Kochsalzinfusion. Am Abend 38,3, P. 96.

Einige brandige Schleimhautfetzen werden bei den Spülungen herausgeschwemmt. Die gleiche Niedergeschlagenheit und Gleichgültigkeit. Die Kranke verlangt nicht zu trinken. Wenn man nicht darauf bestände, würde sie die Ernährung vollständig vernachlässigen. Im Laufe des Tages zwei subcut. Kochsalzinjektionen, im ganzen 500 g.

Am 14. Juni 37,4. Der Allgemeinzustand weniger schlecht. Die Kranke hat geschlafen. Sie verträgt besser die Behandlung, die man ihr verordnet.

Speichelfluß weniger reichlich, Atem weniger stinkend, das Gesichtsoedem weniger ausgesprochen. Die Untersuchung des Mundes ist weniger schwierig. Man sieht sehr gut, daß der Schorf der linken Wange sich oben und unten bis zum Übergang in das Zahnfleisch erstreckt. Der Schorf der rechten Wange ist weniger ausgedehnt. Als man ihn wegzuwischen sucht, sieht man an einigen Punkten unterhalb des gräulichen Überzuges blutende Ulcerationen. Die Ulcerationen des Zahnfleisches und der Innenfläche der Lippen sind wieder mit einer weißlichen Membran bedeckt. Einige Zähne sind in schlechtem Zustand. Der erste linke untere Backenzahn ist kariös. Auf dem linken Rande des Zäpfchens und auf der linken Mandel bemerkt man eine graue festhaftende Membran.

Die Behandlung ist dieselbe, nur das Carbol wird durch Bepinselung mit Kaliumpermanganat ersetzt. Man injiziert wie am Abend vorher 500 g physiol. Kochsalzlösung. Am

Abend 37,4. P. 104. Keine Diarrhoe. Die Metrorhagie hat aufgehört.

Am 15. Juni 37,6. Man bemerkt ein bleiches Gesicht und bleiche Mundschleimhaut. Auf dem Grunde der Ulcerationen sind die Ausschläge livide verfärbt. Der Absterbeprozeß der Schorfe scheint inne zu halten. Zugleich wird die Hinfälligkeit auffällig und die Gleichgültigkeit erscheint wieder wie am Anfang.

Deutlich ist ein Schorf auf der linken Mandel zu sehen, der an den des Mundes erinnert. Am Abend 37,9. Die Kranke wird hinreichend ernährt. 500 g physiol. Kochsalzlösung. Dieselbe Behandlung.

Am 16. Juni 37,6. P. 100. Besserung. Die livide Verfärbung der Schleimhaut ist schwächer geworden. Die Ausschläge haben ein besseres Aussehen bekommen, die brandigen Membranen lösen sich los. Der Atem noch stinkend. Keine Diarrhoe. Die Behandlung bleibt dieselbe.

Am 17. Juni 38° morgens, abends 38°. P. 104. Der Schorf der rechten Wange hat sich vollständig gelöst. Links ist die ganze Innenfläche der Wange noch von dem gräulichen Belag bedeckt, doch ist dieser weniger dicht. Die Ulcerationen am Zahnfleisch und an den Lippen sind fast vernarbt. Die obere Hälfte der linken Mandel, die abgestorben war, hat sich abgestoßen. Der linke Rand der Uvula bietet noch einen gelblichen Strich. Das Oedem des Gesichtes ist viel schwächer geworden, Speichelabsonderung gering, Atem weniger stinkend. Keine Drüsenschwellung. Die Aphonie hält an. Einige bronchitische Geräusche. Am Herzen ein leises systol. Geräusch über der Pulmonalis. Die subconjunctivalen Ecchymosen sind fast verschwunden. Der Schmerz in der linken Schulter hat aufgehört.

Am 18. Juni 37,4 und 37,6. Dieselbe Behandlung.

Am 21. Juni 37,8 und 37,8. Fortschreitende Besserung des allgemeinen und lokalen Zustandes.

Die Ulceration links an der Schleimhaut ist noch sehr ausgedehnt, doch sind keine Membranen darüber. Man unterbricht die Kochsalzinjektion und die Pinselungen mit Permanganat.

Vom 22. bis 27. Juni schwankt die Temperatur zwischen

37,8 und 38,4. Die Stimme immer noch schwach. Die Kranke hustet, man kann nur klingende zerstreute Geräusche konstatieren. Keine Lokalisation in der Spitze. Die Kräfte kommen nun wieder. Die Kranke steht während des Nachmittags auf. Sie ernährt sich hinreichend. Sie schläft die Nacht gut. Die Vernarbung der linken Mundschleimhaut ist noch nicht vollständig, doch wird die Ulceration von Tag zu Tag kleiner. Man setzt die Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd fort. Tägl. Chin. hydrochlor. 0,5.

Am 30. Juni 36,8. Einige Zähne scheinen am Herausfallen zu sein. Chininpulver.

Am 1. Juli extrahiert der Zahnarzt des Hospitals der Kranken den kariösen Backenzahn.

Am 2. Juli ist die Kranke noch bleich und anämisch. Sie hat ein systolisches Geräusch über der Pulmonalis und ein rauschendes Geräusch über den Halsgefäßen.

Die Ulcerationen des Mundes sind vollkommen vernarbt. Links sieht man eine breite Narbe ein wenig perlmutterartig und eingezogen. Der Ductus Stenonianus ist jedoch nicht obliteriert; überhaupt konnte man nie eine Schwellung der Parotis erkennen. Die Stimme fast normal.

Die Kranke sträubt sich in die Rekonvaleszenz nach Vesinet zu gehen. Sie verläßt uns am 5. Juli, um die Kur auf dem Lande zu vollenden.

Aus M. L. Galliard et Francillon, Un cas de noma-guérison. Bulletins et mémoires de la Société méd. des hopitaux de Paris. Année 1902. Page 797.

III.

Valentine G., 5 Jahre alt, aus dem Bandino (Florenz). Aufenthalt in der Klinik vom 10.—19. Oktober 1896. Akute Enteritis, Gangraen der rechten Wange. Bronchopneumonie, Nephritis.

Anamnese: Zwanzig Tage vorher erkrankte das Kind an Fieber, Verstopfung, Schwellung und Schmerzen im Unterleib, Erbrechen. Es wurde mit Klystieren behandelt. Auf

die Verstopfung folgte Durchfall. Das Fieber dauerte an, doch war es gering. Am 7. Oktober bemerkte die Mutter, daß die rechte Wange des Kindes ein wenig geschwollen und der Atem übelriechend war; der Arzt wurde gerufen, der auf Brand der Wangenschleimhaut erkannte und antiseptische Waschungen verordnete. Als die Mutter aber sah, daß das Leiden fortschritt, trug sie das Kind in unsere Klinik.

Das Kind war rechtzeitig geboren; während 12 Monaten wurde es von einer Amme (zweite Milchgüte) genährt; während der Dentition litt es infolge untauglicher Ernährung an Enteritis. In der Familie keine bemerkenswerte Erkrankung.

Status praesens und Verlauf:

11. Oktober: Ernährungszustand ziemlich schlecht. Die Lippen sind geschwollen und aufgesprungen. Der Atem übelriechend. Starke Schwellung der Wange. Die ganze Schleimhaut des Zahnfleisches ist geschwollen, gerötet, blutig. In der Mitte der Schleimhaut der rechten Wange zeigt sich ein rundes Geschwür von etwa 2 cm Durchmesser, bedeckt mit grauschwarzem Schorf von brandigem Geruch. Der Kiefer erscheint unversehrt. Am Thorax und Abdomen nichts Besonderes.

12. Oktober: Die Schwellung der rechten Wange ist stärker geworden. Sie ist rotverfärbt mit bläulichen Flecken; fühlt sich hart an. Das Geschwür auf der Schleimhaut hat sich in die Breite und Tiefe vergrößert.

14. Oktober: Die Schwellung der rechten Wange ist weiter gewachsen. Das Geschwür auf der Schleimhaut erstreckt sich nach vornen fast bis zum Mundwinkel, nach hinten bis zur Gaumenmandel.

16. Oktober: Der Brand hat die Haut erreicht, woselbst sich ein Brandschorf von 3 cm Durchmesser zeigt. Auf der Seite der Schleimhaut hat der Brand die ganze Wange und die Ränder des Zahnfleisches ergriffen. Spärliche Rasselgeräusche über den beiden Unterlappen der Lungen. Große Schwäche, Diarrhoe.

18. Oktober: Der Brand erstreckt sich fortschreitend auf die ganze Wange. Die Respiration ist erschwert. Über den

beiden Unterlappen zeigen sich bronchopneumonische Herde. Anhaltende Diarrhoe.

19. Oktober: Das Kind stirbt vollständig erschöpft. Die Temperatur war fieberhaft und schwankte zwischen 38,5 und 40,7 Grad Celsius. Der Urin enthielt in den letzten Tagen Eiweiß und Cylinder.

Behandlung: Einpinselungen mit 1% ätzendem Sublimat und 10% Chlorzink. Spülungen mit 1% Kaliumpermanganat. Coffëin.

Sektionsprotokoll (30 Stunden nach dem Tode): Ernährungszustand sehr schlecht. Auf dem Abdomen sind fleckige Zeichen beginnender Verwesung. Die vordere Hälfte der rechten Wange erscheint schwarzblau gefärbt und ist von einer Gangraen erfaßt, die sie in ihrer ganzen Dicke durchdringt. Der Brand erstreckt sich bis an die Choanen, an den Gaumen, zum Pharynx und zur hinteren Hälfte der Zunge. Die unteren rechten submaxillairen Lymphdrüsen sind geschwollen. Der Larynx und die Trachea zeigen keine Besonderheiten. Bronchopneumonische Herde von lebhaft roter Farbe sind in den hinteren Teilen der beiden Lungen zerstreut. Die peribronchialen Lymphdrüsen sind von normaler Größe.

Herz von normaler Größe, Myokard bleich.

Leber etwas vergrößert. In fettiger Degeneration begriffen.

Milz etwas vergrößert; ihre Follikel gut sichtbar.

An den Nieren Zeichen von akuter Nephritis.

Aus: Lo Sperimentale. Florenz. 1899. S. 81. Dr. Carlo Comba, Osservazioni cliniche, istologiche e batteridogiche in Sette Casi di Noma delle Guanzie. Fall 2.

IV.

Name, Jahr: Kovres 1894.

Alter und Geschlecht: 4 Jahre, weibl.

Vorhergegangene Erkrankung: Angeblich keine Infektionskrankheit. 4 Wochen vorher Fieber, heftige Kopfschmer-

zen, Diarrhoe mit Unterleibsschmerzen; 14 Tage vorher Zahnschmerzen.

Lokalisation der Noma: Noma facici (nicht näher beschrieben). Nicht operiert wegen Pneumonie und Verfallensein.

Ausgang: Gestorben (24 Stunden nach der Aufnahme).

Sektionsbefund: Noma facici, Pneumonie lobul. bilat. Morbus brightii et infarctus anaemici renum. Gastroenteritis chronica.

Aus: Springer, Zur chirurg. Behandlung der Noma. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Nr. 60, S. 628. 13. Fall.

V.

Den 2. März 1868 wurde die Tochter eines Bauern, Marie Spiridonowa, 3 Jahre alt, mit der Diagnose Catarrhus intestinorum aufgenommen.

2. März: Das Kind ist abgezehrt, im höchsten Grade schmutzig gehalten; seit langer Zeit dünnflüssiger, grün gefärbter Stuhlgang, zirka 5mal täglich.

3. III. Grünliche Ausleerungen, 5mal. Appetit schwach. Trinkt Milch. Die Geschwulst an der Unterlippe ist resistent, aber nicht entzündet.

4. III. 8 grüne Stuhlgänge.

5. III. Die Beine sind geschwollen, das Kind liegt, hat Appetit. 6 Stuhlgänge.

6. III. Die Geschwulst der Unterlippe und des Kinnes wurde während der Nacht schwarz und sank gegen Morgen ein; die Öffnung von der Größe eines Zehnkopekenstückes, die weichen Teile sind längs der Knochen unterminiert. Der Knochen ist stellenweise entblößt und nekrotisiert. Vollständige Entkräftung des Kindes. 7 übelriechende Stuhlgänge. Temperatur morgens 38, abends 39,6 Grad.

7. III. Die Unterlippe und das Kinn sind gespalten und zeigen eine umfangreiche, gangränöse, zerfetzte Wunde. Dabei ißt das Kind mit Appetit. Seit dem Abend hat sich

der Durchfall nicht wiederholt. Temperatur morgens 38, abends 37,6 Grad.

8. III. Die Gangrän verbreitet sich weiter bis an den Rand des Kinnes. Das Gesicht wie auch die Extremitäten angeschwollen, wieder 6 dünne, grünliche Stuhlgänge. Temperatur morgens 37, abends 38 Grad.

9. III. Alles Mortifizierte löst sich ab; beinahe die ganze Unterlippe und die weichen Teile bis zum unteren Rande des Unterkiefers sind fort; nur von dem rechten Mundwinkel sind zirka 4 Linien der Lippe vorhanden. Die Ränder der Wunde sind fast rein und reaktionslos. Der Appetit ist gut. 4 Stuhlgänge. Oedem hält an. Kräfte nehmen nicht ab. Temperatur 37 Grad.

10. III. Die Wunde wird rein. Starker Durst.

11. III. Zwei Vorderzähne sind herausgefallen. Die Wunde ist fast vollständig rein.

12. III. Noch Zähne herausgefallen. Der Kiefer ist vorn nekrotisiert.

13. III. Das Oedem des Gesichts und der Beine nimmt ab. Die Wunde ist reiner. Appetit ausgezeichnet. 7 Stuhlgänge.

14. III. 4 Stuhlgänge.

15. III. Durchfall 11 mal.

16. III. Der Sequester dreier Zähne gegenüber wackelt.

17. III. Das Kind wird munterer.

19. III. Die Heilung geht vor sich.

20. III. Keine Veränderung.

21. III. Die Wunde wird trübe.

24. III. 3 Stuhlgänge. Das Kind reißt den Verband ab.

28. III. Starker Geruch aus dem Munde. Der Sequester wird lockerer.

29. III. Noch ein Zahn ist ausgefallen.

30. III. Starker Geruch aus dem Munde.

31. III. Gesicht und Beine schwellen an.

1. IV. Die Kräfte nehmen zusehends ab.

2. IV. Der Sequester ist entfernt. Es hat sich erwiesen, daß der untere Rand gesund, aber der Verlust an Knochen groß ist.

4. IV. Oedem des Gesichts und der unteren Extremitäten.

9. IV. Auf der linken Seite der Wunde findet wieder ein Zerfall statt.

10. IV. Der Prozeß schreitet fort, das Oedem nimmt zu.

11. IV. Der Zerfall verbreitet sich nach unten bis an den Rand des Kiefers.

12. IV. Die Gangrän verbreitet sich weiter und ist bis jetzt nicht markiert; der Zerfall wird sich wahrscheinlich bis über den Rand des Kiefers erstrecken.

13. IV. Der Brand verbreitet sich unter der Zunge und über den Rand des Kiefers hinaus. Das Gesicht ist geschwollen und hat eine gelbliche Färbung. Appetitlosigkeit. 10 dünne Stuhlgänge. Die Wundfläche blutet.

14. IV. Oedem stärker. Stuhlgang farblos, kittähnlich, ganz ohne Galle, 4mal.

15. IV. Der Brand nimmt zu, die Demarkationslinie ist noch nicht vorhanden. Kräfte schwinden.

16. IV. Die Wunde wird noch größer. Appetit ist vorhanden.

17. IV. Gänzliche Entkräftung. Der Brand erstreckt sich auf die Wange. Um 12 Uhr starb das Kind.

Aus: Dr. W. Woronichin, Über Noma.... Jahrbuch für Kinderheilkunde. 26. 1887. S. 204.

VI.

Rachitis, Enterocolitis etc. Pneumonia hypostatica, Noma.

Am 28. Januar 1872 wurde ein Bauerssohn, Timofi Petrow, 1 Jahr alt, im Elisabeth-Kinderspital aufgenommen.

Status praesens: Der Knabe ist bedeutend abgemagert, Körpergewicht 7650 g, der Thorax etwas rachitisch, die Epiphysen der Röhrenknochen sind geschwellt. Die unteren Extremitäten sind bläulich und oedematös. Die Lymphdrüsen sind vergrößert. In den unteren Lappen beider Lungen ist abgeschwächtes Atem und katarrhalisches Rasseln

hörbar. Der Bauch ziemlich weich. Starker Brechdurchfall seit etwa zwei Monaten. A.-T. 36.

29. I. M.-T. 37,4; A.-T. 35,6.

2. II. Auf dem Bauche sind fleckige, konfluierende, bläuliche Ecchymosen. Der Durchfall hat nachgelassen. A.-T. 36,8.

3. II. M.-T. 36; A.-T. 36,2.

3. II. bis 10. II. Status idem.

11. II. M.-T. 37; A.-T. 38,1.

12. II. M.-T. 38; A.-T. 39.

13. II. M.-T. 40; 5 flüssige Stühle. A.-T. 38.

14. II. M.-T. 36,2; A.-T. 38.

Bis zum 7. März keine besonderen Veränderungen. Durchfall dauert fort.

7. III. M.-T. 39. Im oberen Lappen der linken Lunge mittelblassige Rasselgeräusche. 6 flüssige Stühle.

8. III. M.-T. 39,5. Kein Stuhlgang. A.-T. 36.

9. III. M.-T. 35. Auf der äußeren Fläche des linken Oberschenkels befindet sich eine gangränöse Stelle von der Länge 2 cm und von der Breite 1½ cm. Auf der Haut des Kinnes befinden sich zwei kleinere gangränöse Stellen. A.-T. 36.

10. III. M.-T. 37. Status idem. A.-T. 37,7.

11. III. M.-T. 36,5. Auf dem Palatum durum, hinter den oberen Schneidezähnen, befindet sich ein gangränöses Geschwür. Stinkender Geruch aus dem Munde. In beiden Lungen ist feuchtes Rasseln hörbar. A.-T. 36.

12. III. Die obere Lippe ist mehr angeschwollen. Der Prozeß verbreitet sich weiter und erreicht die Zungenspitze und die Uvula. M.-T. 37; A.-T. 35,5.

13. III. Der Prozeß geht weiter und weiter. Drei Zähne im oberen Kiefer (zwei Eckzähne und ein linker Schneidezahn) wackeln und werden gehoben. Foetor exore. Verfall der Kräfte. M.-T. 35; A.-T. 35,9.

14. III. Um 3 Uhr morgens starb das Kind.

Sektion: 35 Stunden post mortem. Starke Abmagerung der Leiche. Keine Leichenstarre, beide Lungen frei, die linke blutarm und überall durchgängig für die Luft. Der untere Lappen der rechten Lunge, in seiner hinteren Hälfte,

wie auch der obere Lappen an seinem hinteren Rande, sind derb, mit Blut durchfüllt und oedematös (Pneumonie hypostatica). In den Bronchialdrüsen keine bemerkbaren Veränderungen. Das Herz klein, seine Muskulatur welk und blaß. Die Klappen normal. Das Gewebe an der Zungenspitze, mehr an der rechten Seite, stellt einen gangränösen Zerfall dar; auf der Spitze der Uvula befindet sich auch ein kleiner Herd von derselben Beschaffenheit. Die Rachenschleimhaut ist gerötet. Die obere Lippe ist geschwellt, die ganze Schleimhaut bis zur hinteren Hälfte des Palatum durum ist gangränös zerfallen. Der Oberkiefer ist über den oberen Schneidezähnen entblößt. Die Milz ein wenig vergrößert, ziemlich derb, die Malpighi'schen Körperchen vergrößert. An dem Lig. gastrolineale zwei accessorische Milzchen. Die Leber von normaler Größe, im Durchschnitte ziemlich starke Überfüllung der Vasa intralobul. Die Nieren normal. Die Schleimhaut des Dünndarms blaß, stellenweise, besonders an den Peyer'schen Plaques, stellt sich eine baumförmige Erweiterung der Gefäße dar. Peyer'sche Plaques sind geschwellt und ziemlich stark mit Blut überfüllt. Dickdarm ist blaß, seine Schleimhaut etwas erweicht. In den übrigen Organen ist nichts Abnormes zu bemerken.

VII.

Inanitio. Noma angularis oris dextr.

Am 3. Oktober 1884 wurde die Tochter eines Bürgers, Lidia Kleinmichel, 1 Jahr 7 Monate alt, ins Spital aufgenommen.

Status praesens: Das Mädchen ist blaß und im äußersten Grade der Abmagerung; bei dem rechten Mundwinkel ist an der Wange ein bedeutender Substanzverlust in Form eines sichelförmigen Loches, dessen Ränder sind welk und mit gräulichem Belage bedeckt. Auf dem Körper sieht man einige welke, beinahe trockene Furunkeln. A.-T. 36,5.

4. X. M.-T. 35,4. Hat keinen Stuhlgang gehabt. A.-T. 36,5.

5. X. M.-T. 36. Aus der Nase fließt eine stinkende eitrige Flüssigkeit heraus. Hat zwei normale Ausleerungen gehabt. Der Allgemeinzustand ist schlecht. A.-T. 37.

6. X. M.-T. 37,6. Der ganränöse Prozeß verbreitet sich weiter. Die Kranke ist sehr blaß. 2 normale Stühle.

7. X. Um 11 Uhr 7 Minuten des Morgens verschied das Kind.

Gegen Noma äußerlich wurde angewandt: Magisterium bismuthi et Jodoformium ää in Streupulver und die Lösung des Kali chloricum als Spritzwasser.

VIII.

Den 18. Januar 1874 brachte man ein Mädchen im Alter von 2 Jahren, Tochter eines Handwerkers.

Vermerk: Rachitis, Colitis Noma. Den 18. Januar starb das Kind.

IX.

Den 3. April 1879 wurde ein Knabe (uneheliches Kind) von 5 Jahren gebracht, er war sehr entkräftet.

Vermerk: Catarrhus intestinorum. Noma.

Aus: Dr. N. Woronichin, Über Noma nach Beobachtungen im Elisabeth-Kinderspitale während 17 Jahren. Jahrbuch f. Kinderheilk. 26. 1887. S. 161.

Fall 2, 18, 27, 37.

X.

Maria Brunner, 6 Jahre alt, Strumpfwirkerskind, war von ihrer Geburt an ein schwächliches Kind. Der Vater ist an Phthise gestorben. Auch sind schon verschiedene Geschwister teils an Lebensschwäche gleich nach der Geburt, teils an akuten Krankheiten verstorben. Die Verhältnisse, unter denen das Kind aufwuchs, waren möglichst schlecht.

Die ganze Familie lebte in einem kleinen feuchten Raume zusammengepfercht. Ihre Nahrung bestand, wie dies bei dem erbärmlichen Verdienst der Strumpfwirker die Regel ist, in Kaffee und Kartoffeln mit schwarzem Brot, nur selten bekam das Kind einen Bissen Fleisch zu essen. In seinem ersten Lebensjahre hatte es einige eklamptische Anfälle, die Dentition war eine schwere. Erst am Ende seines zweiten Lebensjahres lernte das mit Rachitis behaftete Kind laufen. Sein Appetit war stets gering, Stuhl vielfach angehalten. Dabei war es zu Katarrhen sehr geneigt. Im vierten Lebensjahre überstand es eine Scarlatina ohne daß dabei Besonderheiten vorgekommen wären. Außerdem hatte es viel unter Helminthiasis zu leiden. Aufgefallen war sonst nach der Mutter, daß das Kind häufig schlecht aus dem Munde roch und sehr oft an Aphten und kleinen Geschwüren am Zahnfleisch zu leiden hatte.

Am 25. Dezember 1871 erkrankte Patientin mit Kopfschmerzen, allgemeiner Mattigkeit, häufigem Aufstoßen, der Appetit war sehr gering. Der Leib auf Druck im geringen Grade schmerzhaft, der Geschmack im Munde pappig, Zunge belegt. Temperatur etwas erhöht. Diese Symptome eines fieberhaften Magenkatarrhs wurden lege artis behandelt und zwar mit günstigem Erfolg, so daß Patientin am 28. gänzlich fieberlos war, wieder Appetit hatte und daher als geheilt entlassen wurde, obgleich freilich der allgemeine Kräftezustand des Kindes ein sehr herabgekommener war. Am 29. Dezember klagte Patientin über Zahnschmerzen; ihr Allgemeinbefinden war jedoch wenig gestört. Die Inspektion ergab eine leichte Schwellung des Zahnfleisches am Unterkiefer in der Gegend des letzten linken Backenzahnes. Hier war auch der Druck empfindlich. Im Verlauf der nächsten 2 Tage entwickelte sich diese Geschwulst zu einem mäßig großen Zahngeschwür mit praller Anschwellung, das am 31. Dezember gegen Mittag aufbrach und ziemlich viel Blut, mit wenig Eiter untermischt, entleerte. Der Geruch des Entleerten soll ein eigentümlich süßer und widerlicher gewesen sein. Patientin fieberte in diesen Tagen mäßig, der Appetit war wieder geringer, Stuhl regelmäßig. Das Kind klagte viel über Schmerzen am Geschwür, war verdrießlich und

schlummerte viel. Am 1. Januar hatte der Schmerz bedeutend nachgelassen, das Kind war wieder frischer. Temperatur normal, Appetit gut. Doch will die Mutter bei den häufigen Waschungen des Mundes, die anbefohlen waren, öfters «gestocktes Blut» ausgedrückt haben. Die Schwellung des Zahnfleisches hatte nicht, wie erwartet wurde, abgenommen, sondern im Gegenteil sich vermehrt; auch war eine leichte Schwellung der linken Wange zu bemerken, während die Innenfläche der Wange keinerlei Veränderungen zeigte. In der Nacht vom 1. auf den 2. war das Kind unruhig, schlief wenig, ohne jedoch über Schmerzen zu klagen. Am Morgen hatte es eine etwas erhöhte Temperatur, es fehlte jeglicher Appetit, der Stuhl war angehalten: das Kind lag ruhig, fast apathisch im Bett. Am Zahnfleisch des linken Unterkiefers zeigte sich ein grauer Belag, der von der Schleimhaut nur schwer abzulösen war. Der Geruch aus dem Munde zeigte nichts Auffallendes. Die Berührungen der belegten Stellen verursachten keine Schmerzen.

Im Laufe des 2. Januars wurde jener graue Belag stärker, der Geruch aus dem Munde wurde widerlich süß, es zeigte sich eine brettharte Anschwellung der linken Wange von eigentümlichem, öligem Aussehen, doch war an der Wange keine circumscripte vermehrte Härte zu bemerken, ebensowenig wie ein circumscripter Belag auf der Wangenschleimhaut. Die Drüsen am Unterkieferrand waren geschwellt, doch auf Druck wenig empfindlich. Reichliche Speichelabsonderung trat ein, doch war das Kind von der ganzen Affektion nicht sonderlich mitgenommen; es klagte wenig, zeigte keine Schmerzen, war wenig unruhig, gab auf Fragen klare verständige Antworten. Der Appetit lag ganz darnieder, der Stuhl wurde künstlich durch Darreichung von Infus. Sennae erzielt. Die Behandlung der nun als Mundgangrän erkannten Erkrankung bestand in energischer, einige Male des Tages wiederholter Cauterisation mit Acid. carbolic. Spir. vin. etc., Darreichung von Roborantien. Trotz der energischen Cauterisation, die jedoch das Kind ohne Zeichen besonderen Schmerzes sich gefallen ließ, war am 3. Januar schon eine teilweise Zerstörung der Schleimhaut am Zahnfleisch des linken Unterkiefers und der linken Wange eingetreten. Die

Nacht war unter stetem Halbschlaf dahingegangen. Das Kind klagte nur wenig, hatte viel Durst und warf sich zeitweise im Bettchen herum. Die Temperatur war 38,2, der Puls klein und weich, nicht frequent. Die Schwellung hatte sich vergrößert und war unter dem Kinn weg auf die rechte Wange, jedoch in mäßigem Grade, übergegangen. Schon beim Herantreten an das Bett fiel der äußerst penetrante Brandgeruch unangenehm auf. Das Kind lag völlig apathisch mit halbgeschlossenen Augen im Bett. Es gab auf Fragen nur mit Schütteln oder Nicken des Kopfes Antwort. Die linke Wange aufs äußerste gespannt, fühlte sich kühl an. Die durch die viel stärkere Schwellung der linken Wange bedingte Schiefheit des Gesichtes, der halbgeöffnete Mund mit seinen mit trockenen Borken belegten Lippen, zwischen denen von Zeit zu Zeit eine jauchige, bräunliche Flüßigkeit hervorquoll, gewährte einen äußerst traurigen Totaleindruck. Nur mit Mühe konnte der Mund etwas weiter geöffnet werden, und zeigte sich dann eine weit verbreitete Zerstörung der Schleimhaut des Zahnfleisches vom hintersten linken Stockzahn bis zum Augenzahn und eine gleiche in der linken Wange. Die Schleimhaut erschien in diesem ganzen Bezirk als eine dunkel gefärbte, graubraune Pulpa, die teils in größeren, teils in kleineren Fetzen herabhing. Die Berührung dieser brandigen Stelle war durchaus nicht schmerzhaft, auch bewirkte sie keine Blutungen. Auch die Zungenschleimhaut war nicht mehr intakt, zeigte vielmehr an dem äußeren Rande und der Spitze eben jenen grauen Belag, der die Tage vorher am Zahnfleisch aufgefallen war. Mit der Schere und Pinzette suchte man nun die herabhängenden Fetzen zu entfernen und bepinselte des Tages mehrere Male die ganze Gegend mit der eben genannten Mischung von Acid. carbol. Ebenso wurde die Zunge mit der gleichen Mischung bestrichen. — Außer einigen Löffeln starken Weines konnte dem Kinde nichts beigebracht werden. Der Stuhl war angehalten. Der 3. Januar brachte keine weitere nennneswerte Veränderungen. Der lokale Prozeß an der Zunge war etwas weiter fortgeschritten und zeigte sich namentlich die Spitze der Zunge in ein Geschwür verwandelt, von dessen grauem Grunde einzelne Fetzen gangränöser Schleimhaut herabhingen. Im Allgemein-

befinden war keine Änderung eingetreten. Von Zeit zu Zeit langte die kleine Patientin in den Mund, um ohne ein Zeichen von Schmerz zu geben, größere oder kleinere Fetzen Schleimhaut selbst zu entfernen. Puls und Temperatur waren wie Tags zuvor. An der äußeren Haut der linken Wange war durchaus nichts neues aufgefallen; sie war wie die Tage vorher ölig-glänzend gespannt, von bleicher wachsgelber Farbe. Behandlung die gleiche. In der Nacht vom 3. auf den 4. Januar war Patientin unruhiger, schrie von Zeit zu Zeit im Halbschlummer laut auf, trank mit Gier die ihr dargereichten Flüssigkeiten, zuckte manchmal zusammen und hatte einige dünne Stühle.

Am Morgen des 4. fiel beim ersten Blick eine circumscripte zirka kreuzergroße, blauschwarze Stelle auf der linken Wange in der Nähe des Mundwinkels auf, welche im gleichen Niveau mit ihrer Umgebung mit scharf begrenztem Rande sich von der sonst wachsgelben Haut abhob. Sie war lederartig, volkommen trocken. Ihre Umgebung nicht auffallend härter als die ganze Wange. An der dieser Stelle entsprechenden Innenfläche war nichts Besonderes zu bemerken; sie war, wie ihre ganze Umgebung, grauschwarz, fetzig und verbreitete einen ganz ungemein übelriechenden Brandgeruch, der das ganze Zimmer verpestete. Am Zahnfleisch, sowohl wie an der Zunge, schien sich die Gangraen begrenzen zu wollen; der Geschwürsgrund hatte nicht mehr jene schwärzliche Färbung, die Fetzen hatten sich größtenteils abgestoßen. Die Kräfte des Kindes nahmen sichtlich ab, fast ununterbrochen lag es mit halbgeöffneten Augen und Mund ruhig da; die Exkretionen gingen unwillkürlich ab. Außer etwas Decoct. Chin. und Wein nahm es nichts zu sich. Die Brandjauche, die es Tags zuvor noch teilweise auszuspucken bemüht war, verschluckte es, und konnte dies wohl mit Recht als Ursache der nun ziemlich häufigen diarrhoeischen Stühle betrachtet werden.

Mit großer Schnelligkeit wuchs nun diese blau-schwarze Stelle, ein vollständig trockenes, nicht vertieftes Geschwür darstellend. Schon am Abend des 4. hatte es die Größe eines Groschen erreicht und war namentlich mehr an den Mundwinkel herangerückt. Auch zeigte sich am Abend dieses

Tages eine Verfärbung der Haut in der Gegend des linken Kieferwinkels, dieselbe nahm eine bläuliche Färbung, 1 cm im Durchmesser, an. Die Epidermis schälte sich bei Berührung dieser Stelle ab. Eine verstärkte Härte konnte nicht bemerkt werden. Das Allgemeinbefinden war das gleiche.

Am 5., morgens, hatte das am Mundwinkel sitzende Geschwür eine fast kreisrunde Form und hatte die Größe von 1½ cm im Durchmesser erreicht. An der Stelle in der Gegend des Kieferrandes, deren Haut Tags zuvor bläulich erschienen war, war ein in seinem ganzen Wesen gleiches Geschwür entstanden, das etwa die Größe eines Zentimeters im Durchmesser hatte. Die Kräfte des Kindes nahmen mehr und mehr ab, die Diarrhoe dauerte, wenn auch in mäßigem Grade, fort. Das Kind schrie sehr wenig, im Halbschlaf lag es fast ununterbrochen da, nur von Zeit zu Zeit langte es in den Mund, um abgestorbene Fetzen abzulösen. Allen Speichel und die Brandjauche verschluckte es. Im Verlaufe der nächsten zwei Tage, 6. und 7. Januar, vergrößerten sich die beiden Geschwüre auf der linken Wange mit großer Geschwindigkeit aufeinander zukriechend und so allmählich die ganze Wange zerstörend. Am 8. endlich confluierten die beiden Geschwüre, einen ungeheuren blauschwarzen Schorf bildend, der vom Kieferrand bis zum Mundwinkel und bis zum oberen Ende der Nasolabialfalte reichte und die Größe von 3½—7 cm hatte. Zur Veranschaulichung des Wachstums möge folgende Tabelle dienen:

	Geschwür am linken Mundwinkel. Durchmesser:	Geschwür am linken Kieferrande. Durchmesser:
4. Januar	1 cm	—
5. «	1½ cm	1 cm
6. «	2 cm	1½ cm
7. «	3 cm	3 cm

8. Januar confluierten die Geschwüre: 7 cm.

Während dieser ganzen Zeit dauerte die ganränöse Zerstörung im Innern des Mundes fort, doch war die genauere Besichtigung durch die Unmöglichkeit, den Mund ordentlich zu öffnen, nicht mehr möglich. Nur an der Zungenspitze

hatte sich die Gangraen begrenzt. Bei dem Auspinseln des Mundes mit der erwähnten Carbolsäurelösung wurden zweimal je ein Zahn, der sich aus seinem Alveolus gelöst hatte, entfernt. Der Geruch nahm immer mehr an Intensität zu, so daß die Existenz im Zimmer eine höchst peinliche war. Vom 5. Januar an nahm auch die Schwellung der Drüsen am Hals zu, und ging die pralle Anschwellung von der linken Wange unter dem Kinn weg auch auf die rechte, wenn auch in mäßigem Grade, über.

In der Nacht vom 7. auf den 8. Januar hustete das Kind viel, die Temperatur, die in den letzten Tagen stets zwischen 38 und 38,3 geschwankt hatte, stieg auf 38,7. Das Kind war unruhiger, warf sich viel hin und her, ohne jedoch den Versuch zu machen, etwas zu sprechen. In der Gegend des rechten Unterlappens ist feuchtes Rasseln zu hören.

Am Morgen des 8. Januar zeigte sich auf der Wange in der Nähe der Mundspalte ein zirka 1 cm im Durchmesser haltendes, ziemlich rundes trockenes Geschwür, welches sich in nichts von dem auf der Wange befindlichen unterschied. Die Gangraen war auch auf die Schleimhaut der rechten Wange seit zwei Tagen übergegangen und hatte namentlich auch den rechten Gaumenbogen ergriffen. Der große Schorf an der linken Wange begann sich im Laufe des Tages an einigen Stellen zu lösen, so daß der Durchbruch unmittelbar bevorstand. Das Geschwür der rechten Wange vergrößerte sich so rasch, daß es am Abend des 8. schon 2 cm im Durchmesser hatte. Die Kräfte des Kindes waren im höchsten Grade affiziert. Es lag meist ohne sich zu bewegen im Halbschlummer da, ein Teil der Brandjauche floß zum Munde heraus, der größere wurde verschluckt. Die Diarrhoen nahmen überhand. Von Zeit zu Zeit zuckte das Kind zusammen und stieß einzelne Schreie aus. Das Sensorium war völlig benommen und konnte die Kleine durchaus nicht mehr zum Bewußtsein gebracht werden. Die Temperatur war auf 39,2 gestiegen; der Puls war fadenförmig. In der Nacht vom 8. auf den 9. erfolgte der letale Ausgang.

Die Sektion wurde am 9. Januar, nachmittags 2 Uhr, von Herrn Prof. Zenker vorgenommen.

Das Sektionsprotokoll, soweit es auf die Zerstörung der Wange bezug hat, sagt folgendes:

Im Gesicht, in der linken Wangengegend, von der Nase beginnend bis zum Kieferrand und nach innen die Mundöffnung begrenzend, eine 3½—7 cm im Durchmesser haltende ganz scharf begrenzte, dunkel-schmutzig-braune, eingetrocknete, brandig verschorfte Stelle, welche am Rande teilweise sich zu lösen beginnt. An diesem Demarcationsrande zeigt sich beim Einschneiden eine geringe eitrige Infiltration der Cutis. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Cutis durchaus in eine dunkelbraune, brettartig harte Masse verwandelt. Das angrenzende Gewebe feucht, teils normal, teils etwas mißfarbig graurötlich gefärbt. An der rechten Wange eine guldengroße ganz gleiche verschorfte Stelle; ebenfalls mit teilweiser Demarcation. Die angrenzende Haut ziemlich stark oedematös. Auch beide Augenlider ziemlich stark oedematös. An der Conjunctiva bulbi beiderseits eingetrocknete Stellen. In der linken Wangengegend, in der Mundhöhle, ist die Schleimhaut in eine ganz zerklüftete, bräunlich-graue, mißfarbige pulpöse Masse verwandelt, das angrenzende Fettgewebe mißfarbig mit flüssigem Fett getränkt; das Periost vom Ober- und Unterkiefer in großer Ausdehnung teils schon gelöst, teils durch leichten Zug lösbar. Mehrere Vorderzähne ausgefallen. Fast sämtliche Zähne der linken Seite ganz locker in den Alveolen sitzend, leicht mit der Pinzette auszulösen. Der brandigen Stelle der rechten Seite entsprechend innen ganz gleiche nur weniger umfängliche Veränderungen.

Außerdem fanden sich noch pneumonische Infiltrate des rechten Unterlappen und ausgedehnte Verwachsungen der beiden Lungen.

Mikroskopisch fanden sich in dem verflüssigten Fett an der Grenze des Brandigen reichliche Margarinkrystallenausscheidungen. In der Zungenmuskulatur in den verfärbten Stellen ausgedehnte wachsartige Entartung. In den brandigen Teilen große Massen feinkörniger Pilze. Außerdem ergab die Sektion: Pneumonische Infiltration des rechten Unterlappen, ausgedehnte Verwachsungen beider Lungen, allgemeine Anämie.

Aus: Dr. Ad. Schmid, Über das Verhältnis von Noma zur Gangraena oris. Aus der med. Poliklinik zu Erlangen. Ärztliches Intelligenzblatt, Jahrgang XIX. München. 1872.

XI.

Ein 6jähriges Mädchen, das an heftigem Fieber mit starken Leib- und Kopfschmerzen erkrankt und durch Aderlasse, Abführmittel usw. wieder hergestellt war, bekam 6 Tage darauf wieder heftiges Kopfweh mit etwas Fieber. Am anderen Morgen übler Geruch aus dem Munde und bei der Untersuchung die beiden mittleren oberen Schneidezähne wackelnd und das benachbarte Zahnfleisch livide verfärbt und mit schwarzen Flecken besetzt. Abends schon beträchtliche Fortschritte des Brandes bemerklich, die genannten Schneidezähne ausgefallen, die beiden anderen nahe daran. Am nächsten Morgen vorderer Teil des Alveolarbogens eine schwarze Masse ohne Schneidezähne. Oberlippe stark geschwollen und schwarz gefärbt, cadaveröser Geruch aus dem Munde. Am 5. Tage der Krankheit Zerstörung der Oberkieferknochen und der Nasenbeine, am 6. Tage Zerstörung der Augen und unter reichlicher Ergießung jauchiger Flüssigkeit am 7. Tage Stirnbein bis zu seiner Mitte hin ergriffen. Am 8. Tage gänzliche Zerstörung desselben und Tod des Kindes.

Aus: v. Bruns, Die chir. Pathol. u. Ther. des Kau- und Geschmacksorgans. Tübingen. 1859. S. 99.

Ref. v. Capdeville, Mémoires de l'académie royale de chirurgie. Nouvelle édition. Paris. 1819.

XII.

Adele Montableau, 1 Monat alt, von sehr schwacher Constitution, war seit ihrer Geburt im Waisenhaus; sie hat eine bleiche Gesichtsfarbe, ihr Leib gewöhnlich aufgetrieben; sie erbricht oft die zu sich genommene Milch.

Am 4. Februar 1826 kam sie ins Krankenhaus, wo sich

außer den angegebenen Zeichen folgende Symptome zeigen: Erbrechen der Nahrung kurze Zeit nach ihrer Aufnahme, rote Zungenränder, Meteorismus, Diarrhoe gelber Massen. Rötung der Umgebung des Anus.

Acht Tage hindurch bleibt sie in demselben Zustand. Am 12. Februar erscheinen einige Punkte auf der Oberfläche der Zunge, die Abmagerung macht schnelle Fortschritte, das Kind ist wachsbleich, sein Gesicht schwillt an. Am 15. schreitet die Schwellung des Gesichts weiter fort, und man bemerkt außerdem eine sehr ausgedehnte Geschwulst der Oberlippe wodurch sie halb in die Höhe gehoben erscheint und den Mund offen läßt, die Augenlider sind ebenfalls leicht oedematös geschwollen. Im Allgemeinzustand des Kindes fällt die Entkräftung und Hinfälligkeit auf. Kein Fieber.

Am 18. hat der Durchfall und das Erbrechen aufgehört, der Zustand des Gesichts und der Lippe blieb derselbe. Am 20. ist die Geschwulst der Oberlippe beträchtlich größer, ihr Rand ist dunkel verfärbt; allgemeine Abkühlung; die Stimme, die immer schwach war, ist nicht mehr zu hören; die Herztöne sind leise, unregelmäßig und unrein. Das Kind stirbt in der Nacht vom 20. auf den 21. Februar.

Sektionsbericht: Beim Zerschneiden der Oberlippe findet man im subkutanen Zellgewebe eine wäßrige gelbliche Flüssigkeit mit Bluttröpfchen vermengt, die Schleimhaut ist ebenfalls geschwollen und sehr weich; die Unterlippe bietet eine gleichmäßige oedematöse Schwellung. Am Zungenband findet man eine oberflächliche Ulceration, die während des Lebens nicht beobachtet war. Die Stimmbänder sind der Sitz einer oedematösen Schwellung und der Ösophagus ist ziemlich stark blutig durchtränkt, Magen normal. Das Duodenum enthält eine klebrige Flüssigkeit von dunkler Farbe und hat zahlreiche rote Streifen. Der übrige Dünndarm nur etwas gerötet, doch ist die Schleimhaut geschwollen und durch Druck leicht zu zerstören. Im Colon einige rote Streifen, dazwischen zeigen sich mehrere schieferartige Stellen; Leber hyperämisch, die beiden Lungen sind gleich; der Ductus Botalli ist noch frei, doch der arterielle Kanal obliteriert. Die peripheren Hirngefäße sind verstopft. Die Hirnventrikel enthalten fast keine Flüssigkeit.

XIII.

Rose Camusot, 12 Tage alt, von Geburt elend und schwach, nahm zusehends ab unter den Händen der Amme, der sie anvertraut war. Am 9. Juli 1826 wird sie ins Krankenhaus gebracht; sie ist bleich, weinerlich und mitunter schläfrig. Hauttemperatur normal, Puls 70—72 in der Minute, dabei klein und mitunter kaum fühlbar. Dieser Zustand hält bis zum 15. Juli an. Jetzt geht die Abmagerung weiter vor sich, die Hautfarbe ist ausgesprochen bleich, die Zunge sehr rot, trocken und am Rande mit einigen Pünktchen bedeckt. Am 18. haben sich die Pünktchen teppichartig über die ganze Zunge verbreitet, die ganze untere Hälfte des Gesichts ist oedematös und die Unterlippe ist der Sitz einer sehr ausgesprochenen Schwellung, sodaß sie nach außen gekehrt erscheint; die Haut darüber sieht sich ölig-glänzend an. Die Schleimhaut innen an der Unterlippe ist wie mit Ecchymosen bedeckt. Am 20. ist die Schwellung der Lippe fortgeschritten und es zeigt sich an der Haut der Unterlippe ein großer blauer Fleck, fast wie eine Nagelwurzel, der beim Berühren sich sehr warm anfühlt, der Puls ist kaum zu fühlen. Das Kind befindet sich in einem Zustand äußerster Erschöpfung, es bricht nicht und hat keinen Durchfall. Bis zum 22. derselbe Zustand. In der Nacht vom 22. zum 23. Juli stirbt das Kind.

Sektionsprotokoll: Als man die Unterlippe zerschnitt, fand man sie mit einer rötlichen, serösen Flüssigkeit erfüllt, deren Menge der Lippe eine Dicke von 2 cm verlieh. Sie zerschnitt sich leicht und knirschte etwas unter dem Messer, die Schleimhaut an der Außenfläche des Unterkiefers beginnt zu zerreißen und sich loszulösen. Auf der Zunge sind nur noch einige Züge der Pünktchen. Der Magen hat eine bläuliche Farbe; seine Innenhaut ist geschwollen und leicht zu zerreiben; der ganze Intestinaltractus ist übersät mit roten Streifen; die Drüsen im Mesenterium sind mehr gerötet und mehr geschwollen als im gesunden Zustand. Die Lunge normal, der arterielle Kanal obliteriert, der Ductus Botalli noch etwas offen; das Gehirn vollkommen normal.

Aus: Billard, Traité des Maladies des Enfants. 1837. Seite 250. Beobachtung 12 und 13.

XIV.

Den anderen Fall der Noma beobachtete ich an dem 3jährigen Mädchen des Müllers Niederreuther zu Siebeldingen. Dieses Kind war stets sehr schwächlich, hatte einen scrofulösen Dickbauch und wollte keineswegs gedeihen. Die spätgekommenen Zähne waren schon wieder im Abgehen. Das Kind hatte, wie die Mutter bemerkte, schon lange einen üblen Geruch aus dem Munde und zeigte zu nichts besonderem Appetit als zu Kartoffeln, die man ihm dann auch ohne Rückhalt gab.

Ich sah das Mädchen erst am 5. Juni 1831, als schon das Geschwür auf der linken Seite der Unterlippe von außen bemerklich war. Sein Kräftezustand war sehr heruntergestimmt, dabei wenig Appetit und Schlaf, obwohl keine besonderen Schmerzen zugegen waren, etwas Durchfall. Innerlich gab ich ihm China mit Camphor, abwechselnd mit oxygen. Salzsäure; äußerlich wandte ich die Holzsäure später auch China mit Camphorspiritus an.

Am 11. Juni, wo das Übel bis zur beinahe gänzlichen Zerstörung der unteren Hälfte der vorher stark angeschwollenen linken Wange vorgeschritten und 3 Zähne ausgefallen waren, begrenzte sich das Absterben durch einen hochroten Umkreis; allein schon den folgenden Tag setzte sich die brandige Zerstörung wieder weiter fort und am 14. Abends starb die Kleine unter Convulsionen.

Die Sektion, die man mir gestattete und von der ich mir eine gewisse Ausbeute versprach, zeigte mir bis auf die mir bekannte Zerstörungen in der Mundhöhle und die mir vom dicken Leib her wohlbekannten scrofulösen Drüsen im Unterleib nichts als einige Spulwürmer. Wohl waren, wie der Körper mager, so auch die einzelnen Organe mehr klein und welk, allein eigentliche Desorganisationen vermochte ich nicht aufzufinden. Der Ösophagus zeigte nichts Krankhaftes.

Aus: Dr. A. E. Siebold, Journal f. Geburtshilfe. Bd. 14, Seite 121. Leipzig. 1835.

XV.

Auguste Rosenkampf, 2 Jahre alt, wurde erst Gegenstand der ärztlichen Behandlung als der Brand des Mundes schon bedeutende Zerstörung angerichtet hatte. Nach Aussage der Eltern hatte dieses Mädchen seit seiner Entwöhnung immer gekränkelt. Ein scrofulöser Habitus, veranlaßt durch Mangel an nötiger Reinlichkeit, Pflege und zweckmäßiger Diät, war nicht zu verkennen, denn das Kind sah höchst blaß und elend aus, der ganze Körper war abgemagert, der Unterleib bedeutend aufgetrieben und hart, die Augen tief im Kopfe versteckt und matt, die Oberhaut trocken und rauh. Der Zustand, in welchem das Mädchen am 27. November 1824 zur Behandlung übernommen wurde, war ein höchst beklagenswerter, denn schon zeigten sich Spuren der Colliquation und der größten Schwäche. Der ganze Körper ist mit Petechien bedeckt, die Füße sind oedematös und vermögen nicht den Körper zu tragen, der Puls ist klein und langsam, die Respiration schwach, der Appetit schlecht, die Stuhlausleerungen sind häufig. Das örtliche Übel des Mundes gibt sich schon in der Ferne durch einen höchst cadaverösen Geruch, wie ihn faulende Fische verbreiten, zu erkennen. Die linke Hälfte der Oberlippe ist schon so zerstört, sodaß die mit einem schmutzigen Schleime bedeckten Zähne frei daliegen, und der Mundwinkel derselben Seite, sowie ein Teil der Unterlippe hierselbst zeigen gleichfalls schon eine brandige Beschaffenheit: denn obgleich diese Teile mit den gesunden noch im Zusammenhange stehen und an ihrer äußeren Fläche noch nicht entartet erscheinen, so zeigen sie doch an ihrer inneren Fläche eine schmutzige, grauschwarze Beschaffenheit. Das Zahnfleisch, welches aus der linken Seite den Ober- und Unterkiefer bedeckt, hat gleichfalls an der Zerstörung teilgenommen, denn es ist schwarzgrau von Farbe, aufgelockert, mit einem schmutzigen Schleime bedeckt und hat sich von den Zähnen, welche hier sämtlich locker sind, getrennt. Eine gleiche Zerstörung bietet die innere Fläche der angrenzenden Weichgebilde dar; die Zunge, welche das Kind oft zwischen den schwarzen Rändern des Geschwürs hervorstreckt, hat ihre natürliche Farbe, fühlt sich jedoch trocken an. Die ganze

Umgegend ist oedematös geschwollen. Bei der Berührung der krankhaften Teile gibt die Kranke durch ein mattes Winseln einigen Schmerz zu erkennen. Aus dem Munde fließt unaufhörlich eine Menge eines übelriechenden zähen Speichels. Das Schlucken von Getränken geschieht nur mit Mühe, denn ein großer Teil derselben fließt wieder heraus, wodurch der Zustand dem Kinde um so lästiger werden muß, da es bedeutenden Durst zu haben scheint.

Über die Entstehung dieser Krankheit wissen die Eltern wenig Aufschluß zu geben. Vor sechs Tagen sollen, nachdem das Mädchen mehrere Tage vorher Mangel an Appetit hatte wahrnehmen lassen und sich mürrisch und unruhig gezeigt hatte, die jetzt zerstörten Teile angeschwollen sein. Das Öffnen des Mundes wurde hierdurch etwas gehindert und gegen Abend stellten sich fieberhafte Erscheinungen ein. Es wurden Umschläge von Hafergrütze gemacht, welche jedoch keine Besserung herbeiführten. Am anderen Tage floß unaufhörlich der Speichel aus dem Munde, und ein höchst widriger Geruch macht sich bemerkbar. Bis zum fünften Tage nahmen diese örtlichen und allgemeinen Zufälle immer mehr zu, als sich jetzt plötzlich an dem roten Teile der Oberlippe ein grauer Fleck zeigte, welcher binnen weniger Stunden immer größer wurde, die linke Hälfte der Oberlippe einnahm, am Mundwinkel abwärts bis zur Unterlippe sich verbreitete und in der darauffolgenden Nacht schwarz wurde, worauf bei den Eltern von andern die Besorgnis rege gemacht wurde, daß dies der Brand sei, und jetzt erst Hilfe gesucht wurde.

Es wurde sogleich das Acidum muriaticum oxygenatum zum Pinseln verordnet und das Elexir acidum Halleri verschrieben, von welchem alle Stunde 10—15 Tropfen mit Haferschleim gereicht werden sollten.

Am 28. November: In der Nähe des Mundwinkels und an der Unterlippe linker Seite hat sich der Brand nach außen verbreitet und die Haut dieser Teile sieht schwarzgrau aus. Schneidezähne und der Augenzahn sind am Oberkiefer ausgefallen. Colliquative Schweiße haben sich jetzt eingefunden; die Petechien vermehren sich, und die oedematöse Anschwellung der Unterextremitäten nimmt zu. Mit dem Gebrauche der gestern verordneten Mittel wird fortgefahren.

Am 29. November: Der Brand hat sich jetzt nach der Nase hin verbreitet und der linke Flügel derselben ist schon zerstört. Die Kieferknochen sind jetzt an ihrem vorderen Teile ganz entblößt und die Zähne des Unterkiefers so locker, daß man sie ohne Mühe herausnehmen könnte. Von heute an wurden noch Umschläge von Holzsäure auf die brandigen Stellen gemacht.

Am 30. November: Einige Zähne sind bereits wieder ausgefallen; der Brand schreitet jetzt mehr nach der linken Wange hin; die oedematöse Geschwulst des Gesichts ist bis zum linken Auge verbreitet, weshalb dasselbe nicht mehr geöffnet werden kann. Die colliquativen Schweiße und Durchfälle nehmen an Heftigkeit zu, die Schwäche wächst immer mehr. Von Zeit zu Zeit wird ein Teelöffel voll Wein gereicht.

Am 1. Dezember: Seit gestern hat die brandige Zerstörung an der äußeren Fläche der Wange sich nicht weiter verbreitet; der rote Saum, welcher die zerstörten Teile umgibt, ist etwas hochroter und die abgestorbenen Massen haben sich eingesenkt, als wenn sie sich abstoßen wollten. Die Kräfte der Patientin sinken immer mehr.

Am 2. Dezember: Große Stücke der brandigen Teile haben sich abgestoßen, wodurch das Gesicht ein gräßliches Aussehen bekommen hat, denn die Mundhöhle ist freigelegt, und die Zunge nebst den gleichfalls lockeren Backenzähnen bieten sich nun dar.Der rote Saum hat ein bläuliches Aussehen bekommen. Die Extremitäten sind kalt, der Puls kaum fühlbar, das Bewußtsein getrübt und kann kaum noch etwas Wein hinuntergeschluckt werden. Gegen Abend starb das Mädchen unter den Zeichen einer allgemeinen Erschöpfung.

Obduktionsbefund: In der Kopf- und Brusthöhle war nichts Abnormes zu bemerken; im Unterleibe zeigten sich die Mesenterial- und Lympfdrüsen angeschwollen und etwas entzündet. Die Untersuchung des örtlichen Leidens wies nach, daß nicht nur beide Kiefer an ihrem Bogen bis an die Eckzähne vom Zahnfleisch ganz entblößt und der Zähne beraubt waren, sondern daß die Zahnränder selbst schon litten, indem sie mürbe und schwarz sich darboten. Die noch vorhandenen brandigen Überreste waren sehr weich und ließen sich mit leichter Mühe losreißen. Die Zunge hatte an

der Krankheit nicht teilgenommen, der Gaumen war zwar entzündet, vom Brande aber nicht angegriffen.

Aus: Dr. Ad. L. Richter, Der Wasserkrebs der Kinder. Berlin. 1828. S. 79. Fall 3.

XVI.

Julchen B., ein kleines, sehr zartes Mädchen von 2½ Jahren, sehr blond und von einem gutmütigen Wesen, ward von seiner Mutter, eine zwar arme aber recht verständige Frau, in einer luftigen, trockenen und angenehmen Wohnung sehr gut und reinlich gehalten. Bis zum 30. Mai dieses Jahres war es vollkommen gesund gewesen. An diesem Tage bemerkte die Mutter, daß das Kind den Appetit verlor, es hatte eine belegte, an den Rändern etwas gerötete Zunge. Die Nacht war es unruhig gewesen und auch am Tage war es gegen seine Gewohnheit unartig und mürrisch. Der Durst war mäßig. Im rechten Mundwinkel zeigte sich ein Papelchen, wie sie bei gastrischen Leiden sowohl in der Mundhöhle selbst als in ihren Umgebungen sich häufig zu bilden pflegen. Das Kind erhielt ein Brechmittel, und nachher ein Tränkchen mit Electuarium e Senna, wonach es sich zu bessern schien.

Am 2. Juni hatte sich die Papel in einen weißen Fleck umgewandelt, und man bemerkte genau im rechten Mundwinkel eine kleine Ritze, gerade so gestaltet, als wenn das Kind mit einem scharfen Löffel den Winkel eingeschlitzt hätte; man achtete nicht darauf, da es ganz etwas Unbedeutendes schien. Allein am folgenden Tage war die Natur des Übels nicht mehr zu verkennen. Der Mund war nach der rechten Seite hin verzogen, die Ober- und Unterlippe bis zur Mitte stark angeschwollen; etwa wie bei wäßrigen Ergießungen, die bei scrofulösen Kindern, besonders nach Masern so häufig vorkommen, nur daß hier die ganze Partie gerötet war. Die Junktur des Mundwinkels war ganz zerfressen, im Umfange eines Silberdreiers war die nächste Umgebung schwarz, brandartig, eine übelriechende Jauche aussondernd, und um diese Stelle zog sich ein mehrere Linien breiter,

ganz scharf begrenzter roter Rand. Die ganze Backe der Seite war geschwollen, heiß und hart anzufühlen; Zahnfleisch und die zunächst gelegenen Teile der Zunge sahen grauweiß aus, doch in keinem großen Umfange. Speichel floß reichlich. Geruch war nicht so furchtbar wie er in anderen Fällen zu sein pflegt. Die allgemeine Erregung war verhältnismäßig nicht bedeutend, der Durst gering und das Kind klagte wenig. Es erhielt einen Skrupel Salzsäure auf 3 Unzen Saft innerlich, und dabei ward es mit Salzsäure und Rosenhonig zu gleichen Teilen gepinselt. Der rote Hof hatte sich indes am Abend um einige Linien vergrößert. Am 5. war der Brandfleck schon wie ein Silbergroschen groß, die Geschwulst hatte sich mit einer glänzenden Röte über die Backe weg bis unter das Kinn ausgedehnt; an der Unterlippe zog sich ein verdächtiger brauner Streif hin, die Zerstörung war noch tiefer gegangen und erforderte deshalb die Anwendung der reinen Salzsäure.

Allein am 6. war es noch schlimmer. In dem ganzen Umfange, wo am vorhergehenden Tage sich nur ein brandiger Fleck zeigte, war nun die ganze Substanz zerstört, auch ein Teil der Unterkiefer vernichtet. Die Zerstörung drang nun perpendikulär, indem gleich die ganze Masse verloren ging, ohne daß sich die Verderbnis auf die Fläche wirklich ausbreitete. Der brandige Kreis war kleiner, rund herum aber noch ein scharf begrenzter roter Streifen. Bei der Zunahme der Zerstörung schien die Geschwulst der Wange etwas gefallen zu sein. Der innere Teil der Backe sah schmutzig-weiß aus, es floß viel Speichel, aber wenig Jauche aus der erodierten Stelle. Dabei hatte das Kind stärkeres Fieber, aber wenig Durst. Auch etwas Appetit und viel Neigung zum Schlafe. Mit der Salzsäure ward fortgefahren, auf die heiße Wange rohe geriebene Kartoffeln gelegt; innerlich dabei China und etwas Ungarwein gegeben, da trotz dem aufgeregten Zustande doch vorzüglich das sinkende Leben gehoben werden mußte. Indes zeigte sich noch keine Änderung. Denn am 7., dem fünften Tage der eigentlichen Krankheit, hatte das Übel noch zugenommen. Es sah jetzt mehr weißlich aus. Haut, Muskel und Schleimhaut bilden eine homogene Masse, die sich mit nichts besser vergleichen ließ, als mit der gallert-

artigen Masse, aus der einige Molusken bestehen, und zwar so, daß beim Aufmachen des Mundes oder bei Berührung mit dem Pinsel immer die einzelnen Filamente rissen und weggewischt wurden, wodurch dann der Umfang des Fehlenden sich vor den Augen des Beobachters vergrößerte. Die Entzündung war weniger scharf begrenzt, erstreckte sich über die ganze Wange weg und ließ daher das Schlimmste fürchten. Auch am Abend war noch keine Besserung zu bemerken, der Puls war 110—120, das Kind hatte weniger Schlaf, zeigte aber dabei doch eine so außerordentliche Ruhe und Sanftmut, die an Verklärung grenzte, nicht selten ein signum pessimi ominis. Die Salzsäure, dies Mittel, dem ich so viel getraut, schien sich nur sehr negativ zu bewähren, indem das Übel nur langsam fortschritt, indes war es doch immer ein Fortschreiten.

Glücklicherweise ward ich bei meiner freundschaftlichen Beratung von Herrn Prof. Eck an die Holzsäure erinnert, die in der Charité schon seit einiger Zeit mit so gutem Erfolg gebraucht war. Des abends um 7 Uhr ward mit der unverdünnten und ungereinigten Holzsäure, so wie man sie zum technischen Gebrauch nimmt, angefangen und die ganze Nacht durch die Stelle alle 10 Minuten sorgfältig von der Mutter betupft, wie sie dies auch früher mit der Salzsäure unermüdet getan. — Schon am anderen Morgen um 9 Uhr zeigte sich eine bedeutende Veränderung. Die zuletzt so weit verbreitete Entzündung hatte sich auf einen schmalen Reifen um die kranke Stelle zurückgezogen. Die Geschwulst der Backe war sehr gesunken, besonders war das an der Oberlippe auffallend, die früher wie ein Dach hervorragte. Die Zerstörung hatte gar nicht mehr weiter gefressen, am äußeren Rande hatten sich schnell durchsichtige Schorfen wie Bernstein gebildet. Am Abend sah es noch besser aus, die schadhafte Stelle der Unterlippe blätterte bereits ab. Das Fieber war dabei mäßig und das Kind hatte Appetit.

Am 9. war Geschwulst und Entzündung noch mehr gefallen; am 10. stieß sich ein großer Teil der nur mit Schorf bedeckten Stelle ab und am 11. war dieser auch ganz entfernt. Es zeigte sich darunter eine so üppige Granulation,

daß ich der Mutter, die zwar wegen der Erhaltung des Kindes beruhigt war, nun aber doch sehr über die furchtbare Entstellung jammerte, in der vollsten Überzeugung den besten Trost geben konnte. Beim bloßen Auflegen von Läppchen, die in Camillentee, worin Argentum nitricum aufgelöst war, getaucht wurden, ging die Heilung durch Anschießung von Fleischwärzchen, von den Rändern des entstandenen Loches aus auf eine so wunderbare Art vor sich, daß nach 8 Tagen nicht nur alles wunde verheilt war, sondern daß auch nur eine ganz kleine unbedeutende Narbe, trotz der vorher so großen Wunde zu sehen war, und der Mund, der etwas kleiner geworden schien, bald seine frühere Gestalt vollkommen wieder annahm. Kein inneres Mittel war in der letzten Zeit gebraucht, dagegen gute Nahrung, Wein und Apfelsinen, häufig gereicht worden.

Aus: Hufeland, Journal der prakt. Heilkunde, Berlin. 1823. Seite 100.

Dr. Klaatsch, Einige Bemerkungen über den Wasserkrebs und den ausgezeichneten Nutzen der Holzsäure in demselben.

XVII.

Ich wurde am 6. April 1778 zu einem Fischer gerufen, wo ich ein Kind von ungefähr 2 Jahren sah, welches von einer ungesunden Leibesbeschaffenheit war und an der Oberlippe ein beträchtliches Geschwür hatte. Ich verordnete dem Kinde einen Trank aus dem Extrakt von der Sassaparille, Löwenzahn (Taraxacum) und Quecken, dem Syrup von den fünf eröffnenden Wurzeln und dem Cardebenediktenwasser und ließ zugleich die Fieberrinde dabei gebrauchen. Es war bereits ein Teil von der Lippe weggefressen. Die Backen und Nase wurden dermaßen angegriffen, daß der Brand bis an den Oberkiefer durchdrang und sich bis zu dem darunter gelegenen schwammigen Knochen ausbreitete. Ich verband dieses bösartige Geschwür täglich 7 bis 8 mal sehr sorgfältig mit einer Mischung, die aus dem Schierlingsextrakt,

der Myrrhentinktur, der Tinktur von Contrajerva und dem Salzgeiste bestand und hielt mit dem Gebrauche derselben so lange an, bis die Exfoliation der Knochen erfolgte. Es schien, als ob ich mit der Heilung sehr geschwind zustande kommen würde, indem sich die Wunde mit Fleisch erfüllte, und nur noch ein flaches Geschwür vorhanden war. Allein das Geschwür nahm gar bald wieder seine vorherige Bösartigkeit an und ich sah mich genötigt, einen Teil der Backe und der Nase wegzunehmen. Ich verband das Geschwür täglich 2 mal mit der zuvor erwähnten Mischung, in welcher ich das Schierlingsextrakt verdoppelt hatte. Es schoß nunmehr schwammigtes Fleisch hervor, welches ich aber teils mit dem Höllenstein, teils mit einem gut anschließenden Verband in Schranken hielt und wobei ich zugleich die Ränder des Geschwürs mit dem Diapompholyxpflaster deckte. Durch diese Behandlung kam ich mit der Heilung im August desselben Jahres glücklich zustande. Die Natur hat bei diesem Übel sehr gut gewirkt, die Haut, welche das Zahnfleisch bedeckte, hat das Aussehen, als ob eine ganz neue Lippe vorhanden wäre.

XVIII.

Ein Zimmermann, der den Herrn Hobertsma seiner Tochter wegen über ein Geschwür an der Oberlippe zu Rate gezogen hatte, ließ mich ebenfalls zu sich rufen. Der erwähnte Arzt hatte dem Mädchen wegen ihrer cachektischen Leibesbeschaffenheit ein Dekokt aus frischen Kräutern, welche aus dem Kraut von Bachbungen, Erdrauch, Brunnenkresse (Nasturtium aquaticum), der Grindwurzel (Rad. lapathi acuti), der Kletten- und Löwenzahnwurzel bestand, verordnet. Ich fand an der Oberlippe eine bösartige Geschwulst (Ulcus Noma), welche wahrscheinlicherweise nach einem Falle entstanden war. Das geronnene Blut hatte sich zerteilt, allein der Umkreis der Lippe war zum Teil verhärtet geblieben. An der inneren Seite der Lippe zeigte sich eine Vereiterung, welche schwarz aussah und wovon die Ränder rot und sehr

entzündet waren. Ich legte auf das Geschwür das folgende fäulniswidrige Mittel:

Rp. Mell. Rosar. uncium semis
Tinkt. Myrrhae
„ Contrajervae
„ Cort. Peruviani, ana unciam unam Spirit, salis marim. scrupulos duos.

Ich hatte hier wegen der drüsenartigen Struktur der Lippen allerdings die gefährlichsten Folgen zu erwarten. Man zog sogleich den Herrn G. Coopmans zu Rate, welcher nach der Untersuchung der schadhaften Stelle die von uns bisher angewendeten Mittel billigte und uns überdies noch den Gebrauch der Fieberrinde vorschlug. Bei einem Verbande im Monat Mai 1779 fand ich alle Zufälle zu meinem größten Betrübnis sehr verschlimmert. Ich hatte nicht nur zu besorgen, daß die ganze Lippe verloren ging, sondern daß das Geschwür selbst den linken Backen angreifen möchte. Ich entschloß mich daher, der kleinen Kranken den Spitzzahn und zwei Vorderzähne wegzunehmen, um allem Druck und Reiben zuvorzukommen. Die bösartige Vereiterung drang durch die Lippe durch und dieser Ort sah ganz violettblau aus; der Backen war von hochroter Farbe und sehr entzündet. Ich suchte der um sich greifenden Entzündung durch einen Breiumschlag aus Brotkrumme und gepulvertem Safram, in gemeinem Wasser gekocht, Einhalt zu tun. Dieses Mittel leistete auch wirklich gute Dienste, es setzte jedoch dem Geschwür, welches immer mehr und mehr ausbreitete, noch keine Schranken. Ich erneuerte täglich 8 bis 9 mal den Verband und legte das oben angeführte Mittel, zu dem ich noch das Schierlingsextrakt setzte, auf. Meines Erachtens hatte ich noch Gelegenheit, die angegriffenen Teile zusammenzuheften, obgleich ein beträchtlicher Teil von der Lippe und dem Backen verloren gehen mußte. Ich schnitt also im Beisein des Herrn Halbersma das Schadhafte bis auf die gesunden Teile weg, heftete die Enden der anderen Wunde, welche fürchterlich anzusehen war, wie eine Hasenscharte mit einer silbernen Nadel zusammen. Nach Verlauf von 24 Stunden befand sich die kleine Patientin

sehr wohl und zeigte sogar Appetit zum Essen. Man reichte ihr aus einer Teetasse durch eine dünne Röhre etwas flüssige Nahrungsmittel. Den Verband befeuchtete ich alle 3 Stunden mit einer Abkochung, die vom Kraute von Lachenknoblauch (Scordium), Eberreiß (Abrotanum) und den obersten Spitzen vom Wermuth mit Essig bereitet war. Am siebenten Tage nahm ich die Nadel weg und ich fand, daß die Lippen der Wunde sich vereinigt hatten, und binnen wenig Tagen war die Heilung glücklich vollbracht, so daß das Kind eben kein häßliches Aussehen bekam.

Aus: Sammlung auserl. Abhandl. zum Gebrauch prakt. Ärzte. Band 9. Seite 412. Leipzig. 1784.

Leedert Stelwagen, Einige Beobachtungen von Geschwüren an der Oberlippe (oder dem sogenannten Wasserkrebs).

Lund beobachtete folgenden Fall bei einem 6jährigen Mädchen im Juni 1761 und beschreibt ihn auf folgende Weise:

XIX.

Ich kann aus meinem Tagesregister von Wort zu Wort beibringen, sowohl was die Mutter mir wegen dieser Krankheit berichtet hat, als was ich selbst gesehen habe. Sie hatte 5 Wochen zuvor Hitze, Durst, Durchfall, keine Lust zum Essen gehabt, undeutlich geredet, keinen Schlaf gehabt und stets gewinselt. Diese Zufälle hatten manchmal nachgelassen, aber zu gewissen Zeiten wieder zugenommen. 3 Wochen darauf schwoll sie über dem ganzen Körper, außer am Bauche nicht; diese Geschwulst verging aber wieder nach acht Tagen. Die Augen sind oft zugeschwollen und haben sich wieder geöffnet. Nachdem die Geschwulst vergangen war, hatte sich eine schwarzblaue Blatter am linken Kinnbacken gezeigt, welche, ohne größer zu werden, 5 Tage lang gesessen hatte, aber nachgehends hatte sie in 2 Tagen zugenommen,

daß sie bei meiner Ankunft etwas größer als ein Reichstaler war.

Nun war das Zahnfleisch auf der linken Seite auch schwarzgrün und roch übel, die Zähne waren auf dieser Seite ausgefallen, ein dünner und stinkender Speichel floß beständig aus dem Munde; Zunge, Gesicht und Lippen waren geschwollen, sie wollte essen, konnte aber wegen der Geschwulst im Munde, auf der Seite wo sie noch Zähne hatte, nicht kauen. Sie war unruhig, am ganzen Körper empfindlich, durstig, schlaflos, hatte Durchfall und war davon im Afterdarme wund, winselte, war sehr matt und zitterte, streckte die Hände über den Kopf und griff um sich herum. Sie phantasierte nicht, hatte auch keinen Schweiß. Der Urin war braunrot, der Puls klein und schnell, mit dem Oedem verhielt es sich ebenso, doch ging er ganz leicht. Schon den zweiten Tag war sie an Händen und Füßen kalt gewesen.

Ich besah das Zimmer, in dem sie lag. Selbiges war feucht, voll ungesunder und verdorbener Ausdünstungen unterschiedener Familien, die alle in eben dem Zimmer wohnten. Ich fragte nach der vorherigen Lebensordnung des Kindes und bekam zur Antwort, es habe meist von gesalzenem Strömling und Sill, elendem Bier und Wasser gelebt. Selten war es in die frische Luft gekommen, sondern hatte meist gelegen, oder dann und wann eines seiner kleinen Geschwister gewiegt. Einige Zeit, ehe es krank geworden, war es verdrießlich, matt und bleich im Gesicht gewesen. Den dritten Tag war der Zustand eben wie an den ersten Tagen. Die Schwärze hatte mehr um sich gegriffen, war auch gegen das Auge hinaufgestiegen und herunter nach dem Kinn zugegangen. Der schwarze Schorf hatte sich an einigen Stellen niedergegeben und eine garstige schwarze Vermischung zurückgelassen, die wie ein schwarzgrauer, zusammenhängender Brei aussah und einen durchdringenden Gestank von sich gab. Der Puls war matt, ungleich und schnell. Eben den Nachmittag verschied das Kind, aller angewandten Mittel ungeachtet.

Aus: Der Königl. Schwedischen Akademie der Wissen-

schaften, Abhandlungen aus der Naturlehre, Haushaltungskunst und Mechanik auf das Jahr 1764.

Aus dem Schwedischen übersetzt von Abr. G. Kästner, Leipzig. 1767. Bd. 27, S. 35.

Gabriel Lund, Von der Krankheit Noma und dem Gebrauche der Fieberrinde dagegen.

Literatur.

1. Dr. Ad. L. Richter, Der Wasserkrebs der Kinder. Berlin. 1828. Beiträge zur Lehre vom Wasserkrebs. Berlin. 1832.
2. Tourdes, Du noma ou du sphacèle de la bouche chez les enfants. Collect. gén. des diss. de la Faculté de méd. de Strasbourg. Tome XI. 1848.
3. K. Struch, Über Noma und deren Pilze. Diss. Göttingen. 1872.
4. Rust, Magazin für die gesamte Heilkunde. Bd. I, 1816. Ebenda, Bd. 60. 1843 .
5. Ebenda, Bd. 33. Berlin. 1831.
6. Isnard, Diss. sur une affection gangr. partic. Paris. 1818.
7. H. Köster, Zentralblatt für Chirurgie. Nr. 45. S. 940.
8. Bernh. Bartels, Über Noma. Diss. Göttingen. 1892.
9. Osc. Moos, Ein Fall von Noma. Diss. München. 1892.
10. Dr. A. Hausson, Zentralblatt für Chirurgie. Nr. 41. S. 845.
11. Kannstatts Jahresberichte XXIX. S. 124.
12. Ozanam, Hist. méd. des maladies épidémiques. Paris. 1823.
13. Brüning, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 60. S. 647.
14. Struch, Über Noma. Diss. Göttingen. 1872.
15. Münchner medizinische Wochenschrift. 1903. S. 580.
16. Keiler, Journal für Kinderheilkunde. Bd. XXXIX. S. 22.
17. Bouley et Caillault, Gazette méd. de Paris. Juillet 1852.
18. Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten. IV. 2. S. 58. Tübingen 1880.
19. Dr. N. Woronichin, Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1887. Bd. 26. S. 161.

20. Barthez et Rilliet, Traité des maladies des enfants. Paris. 1853. I. 2.
21. J. Huxham, Opera physico-medica. Vol. II. Edit. S. Ch. Reichel. Lipsiae. 1789. I. 319 u. 321.
22. Wendt, Annalen d. klin. Instit. auf der Akademie zu Erlangen. 1808. Heft I.
23. Ranke, Jahrbuch der Kinderheilkunde. 1888. Bd. 27. S. 309. Münchner med. Wochenschrift. 1900. Nr. 43.
24. Blumer and Mac Farlane, An epidemic of noma. The Americ. Journ. of the med. Sc. 1901.
25. Neuhof, An epidemic of noma. The Americ. Journ. of the med. Sc. Philadelphia. 1910.
26. Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarst. Wien. 1897. Heft 3. S. 219.
27. Dr. Gierke, Zur Kasuistik der Noma. Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1868. Bd. 1. S. 267.
28. Dr. J. C. J. Bierens de Haan, Über eine Stomcace-epidemie während des südafrikanischen Krieges. Deutsche med. Wochenschrift. 1903. S. 122.
29. Martin d. Ältere, Recueil des actes de la Soc. de Lyon. Lyon. 1798.
30. Marshall Hall, In Edinburgh medical and physical Journal. Vol. XV. No. 92.
31. Th. Cuming, In the Dublin Hospital-Reports and Communications in Med. and Surgery. 1827. Vol. IV. S. 330.
32. Dr. Hasbach, Schmidts Jahrbücher. Bd. 79. S. 286.
33. Richter, Der Wasserkrebs der Kinder. Berlin. 1828.
34. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit «Noma nach alimentärer Schädigung» wurde in Eich am 12. Dezember 1888 als Sohn des prakt. Arztes Dr. Georg Weil geboren. Seine Schulbildung erhielt er am Großherzoglichen Herbstgymnasium in Mainz, wo er Juli 1909 die Reifeprüfung bestand. Im Herbst desselben Jahres ließ er sich an der Universität Straßburg als Student der Medizin einschreiben. Im nächsten Semester (Sommer 1910) ging er an die Universität München und kehrte Herbst 1910 nach Straßburg zurück, wo er Februar 1912 die medizinische Vorprüfung bestand. Im Sommersemester 1912 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 4. Komp. Königl. bayr. Inf.-Rgt. 9 in Würzburg und war in diesem Semester an der dortigen Universität immatrikuliert. Im Wintersemester 1912/13 war er an der Universität in Berlin und kam im Sommersemester 1913 wieder an die Straßburger Universität zurück, wo er bis Juli 1914 verblieb. Am 3. Mobilmachungstage stellte er sich bei der 2. San.-Komp., 25. Inf.-Divis., 18. A.-K. als Feldunterarzt. Im November 1914 wurde er von hier zur Ablegung der ärztlichen Notprüfung nach Straßburg beurlaubt. Nach bestandenem Examen bekam er am 4. Dezember 1914 die Approbation als Arzt vom Ministerium von Elsaß-Lothringen. Er kehrte ins Feld zu seinem Truppenteil zurück, wo er Anfang März 1915 an einem Typhus abdominalis erkrankte. Am 22. März 1915 wurde er zum Assistenzarzt d. R. befördert. Seit seiner Genesung am 27. Oktober 1915 befindet er sich beim 1. Ers.-Batl. Inf.-Regt. 168 als Assistenzarzt.